



**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GUARULHOS - SP**

GERSON DE SOUZA SANTOS

Orientador (a): Prof^a Dr^a Tamara Iwanow Cianciarullo

**GUARULHOS
2010**



**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

GERSON DE SOUZA SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GUARULHOS - SP**

Dissertação apresentada à Universidade de Guarulhos
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tamara Iwanow Cianciarullo

**GUARULHOS
2010**

S237q Santos , Gerson de Souza
Qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da estratégia saúde da família do município de Guarulhos - SP/ Gerson de Souza Santos. Guarulhos, 2010.
81 f.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa , Universidade Guarulhos, 2010.
Orientadora: Profª Drª Tamara Iwanow Cianciarullo
Bibliografia: 60-68

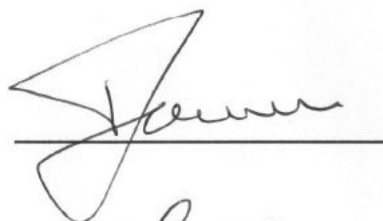
1. Idosos 2. Qualidade de Vida 3. Saúde do Idoso I. Título. II.
Universidade Guarulhos.

CDD 22st 616.858

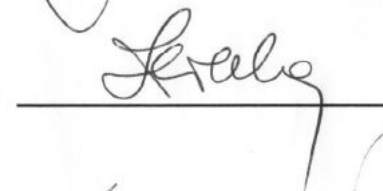
Ficha catalográfica elaborada pela Coordenação da
Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada "QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP", em sessão pública realizada em 26 de Agosto de 2010, considerou o candidato *GERSON DE SOUZA SANTOS* aprovado.

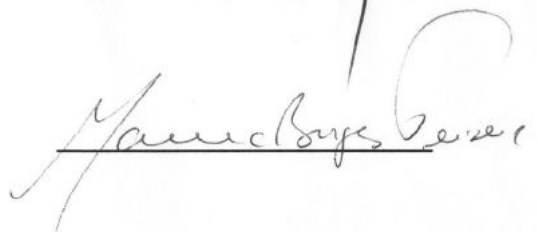
1. Profa. Dra. Tâmara Iwanow Cianciarullo



2. Profa. Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha



3. Profa. Dra. Marina Borges Teixeira



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, responsável pela formação do meu caráter.

Aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

A Jesus, pelo seu exemplo de **Mestre**.

A professora orientadora Tamara I. Cianciarullo por sua dedicação.

A professora Marina Borges Teixeira a qual me fez refletir sobre as questões relacionadas ao envelhecimento humano.

A professora Isabel Cristina K. O. Cunha, por suas valiosas contribuições no exame de qualificação.

As professoras do Curso de Mestrado da Universidade de Guarulhos.

Aos colegas do Curso de Mestrado: Luiza, Fátima, Tatiane, Mary, Paulo, Aline, Laura, Lane...

A Isamar M. Kinsue - Gerente da Unidade de Saúde da Família – São Rafael.

Aos idosos que participaram deste estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde: Maria Aparecida Cardoso, Antonieta Monteiro, Renata da Silva, Eliane Bernardo, Raimundo Brito da Silva e Janete Brito.

Aos amigos: Rogério, Roudom, Luiz, Marcelo, Jair, Margarete, Acília, por dividirem comigo cada momento.

A Igreja em São Paulo, pelo companheirismo e ânimo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram, incentivaram e participaram deste trabalho.

Obrigado!

RESUMO

Santos GS. Qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos – SP. [Dissertação]: Universidade de Guarulhos. 2010.

Introdução: Viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce em importância é a obtenção de melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais.

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em um bairro do município de Guarulhos – SP; relacionar as dimensões de qualidade de vida com os dados sociodemográficos; correlacionar os dados sociodemográficos com os domínios e facetas dos instrumentos de medição de qualidade de vida utilizados.

Método: Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. A população foi constituída por 100 pessoas idosas residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do bairro São Rafael no município de Guarulhos. Os dados foram coletados no período de dez de março a dez de maio de 2009.

Resultados: o perfil sociodemográfico dos idosos pode assim ser caracterizado: idade média 68,5 anos (desvio padrão 6,2 anos), as idades variam de 60 a 90 anos; 39% são brancos, 22% são negros, 38% são pardos e 1% raça amarela; 44% são casados, 14% solteiros, 28% viúvos e 14% separados dos cônjuges; 40% são alfabetizados, 18% concluíram a primeira série do ensino fundamental, 15% concluíram a segunda série e 27% concluíram a terceira série; 51% são aposentados, 16% donas de casa, 11% faxineiros, 6% pedreiros e 16% sem nenhuma ocupação; 87% possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos e 13% possuem renda mensal de 4 a 6 salários mínimos; 55% possuem casa própria, 24% moram em casa alugada e 21% em casa cedida; 77% das casas são construídas de tijolos e 23% são casas de madeira (barraco); 76% dos domicílios possuem rede de esgoto e 24% não os tem; 23% dos idosos vivem com os cônjuges e outros familiares, 31% somente com os cônjuges e 46% vivem sozinhos; 78% são provenientes da região nordeste e 22% da região sudeste; 62% são católicos, 22% evangélicos, 14% espíritas e 2% outras religiões; 63% praticam atividade física e 37% não praticam tal atividade; 83% participam de atividades de lazer e 17% não participam; 57% referiam ser hipertensos, 29% diabéticos, 36% colesterol alto, 12% osteoporose, 15% labirintite, 16% catarata ocular, 21% depressão, 7% doença de chagas, 11% bronquite e 2% portadores de HIV.

Análise Estatística: O domínio com escore mais alto foi o *domínio físico*, com média de (11,926) e desvio padrão de (2,2591). O escore mais baixo foi o *domínio ambiental* com média de (11,245) e desvio padrão de (2,0257). A qualidade de vida geral obteve escore baixo, média (2,860) e desvio padrão (1,0567); houve diferença significativa na verificação de diferença entre a situação de moradia e a *faceta morte e morrer do Whoqol-Old*: p-valor (0,028); foram encontradas diferenças significativas no teste de correlação entre o domínio físico e a faceta participação social (p-valor 0,037); *domínio ambiental* e as facetas participação social (p-valor 0,014) e *morte e morrer* (p-valor 0,008); houve diferença significativa ente as ocupações dos idosos e os *domínios físico e ambiental* e a faceta *morte e morrer*. As medidas descritivas das facetas Whoqol-Old apresentaram os seguintes resultados: funcionamento do sensório (média 13,63), autonomia (média 10,99), atividades passadas, presentes e futuras (média 11,35), participação social (média 10,83), morte e morrer (média 12,49), intimidade (média 11,64) qualidade de vida geral (media 70,00).

Conclusão: Por meio deste estudo, percebeu-se a importância de estudar o idoso dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, a fim de que os resultados gerados por este estudo possam transforma-se em subsídios para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade local.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, qualidade de vida, saúde do idoso, velhice.

ABSTRACT

Santos GS. Elderly life quality living in a coverage area of Family Health Strategy from municipality of Guarulhos – SP. [dissertation] Guarulhos University 2010.

Introduction: Long life always was the aim of human being. Thus, a challenge which grows in importance is to obtain better quality of life in these years it has conquered a little more.

Goals: Evaluating elderly life quality in a coverage area of Family Health Strategy in a district from municipality of Guarulhos – SP; listing life quality dimensions with sociodemographic data; correlating sociodemographic data with domains and facets of utilized instruments of life quality. **Method:** Exploratory descriptive study with quantitative approaches. Population consisted by 100 elderly people living in a coverage area of Family Health Strategy in the district São Rafael from municipality of Guarulhos. Data were collected in a period from March 10 to May 10, 2009. **Results:** Elderly sociodemographic profile can thus be characterized: average age 68,5 years old (standard deviation 6,2 years old), ages vary from 60 to 90 years old; 39 per cent are white people, 22 per cent are black people, 38 per cent are brown people, and 1 per cent yellow race; 44 per cent are married people, 14 per cent are single people, 28 per cent are widowed people, and 14 per cent separated from spouses; 40 per cent are literacy, 18 per cent completed the first grade of elementary school, 15 per cent completed the second grade, and 27 per cent completed the third grade; 51 per cent are retired people, 16 per cent are housewives, 11 per cent are cleaner people, 6 per cent are bricklayer people, and 16 per cent no occupation people; 87 per cent have monthly income from 1 to 3 minimum wages, and 13 per cent have monthly income from 4 to 6 minimum wages; 55 percent have their own homes, 24 per cent live in rented house, and 21 per cent in cede house; 77 per cent of the houses are built by bricks, and 23 per cent are built by wood (shed); 76 per cent of homes has sewage, and 24 per cent have no sewage; 23 per cent of elderly live with their spouses or other relatives, 31 per cent of them live only with their spouses, and 46 per cent live alone; 78 per cent come from Northeast Region, and 22 per cent from Southeast Region; 72 per cent are Catholic people, 22 per cent are Evangelical people, 14 per cent are Spiritualist people, and 2 per cent belong to other religions; 63 per cent practice physical activity, and 37 per cent practice no physical activity; 83 per cent participate of leisure activities, and 17 per cent of these people don't participate; 57 per cent declare to be hypertensive, 29 per cent are diabetic, 36 per cent have high cholesterol, 12 per cent have osteoporosis, 15 per cent have labyrinthitis, 16 per cent have eye cataract, 21 per cent have depression, 7 per cent have barber bug fever, 11 per cent have bronchitis, and 2 per cent are HIV carrier. **Statistical Analysis:** The area with the highest score was the *physical domain* with average of (11,926) and standard deviation of (2,2591). The lowest score was the *environmental domain* with average of (11,245) and standard deviation of (2,0257). The overall quality of life had a low score, average (2,860) and standard deviation (1,0567); there was significant difference when checking the difference between the living situation and the aspect of *death and dying* do *Whoqol-Old*: p-value (0,028). Significant differences were found in the test of correlation between the physical domain and the aspect social participation (*p-value 0,037*); *environmental domain* and the aspects social participation (*p-value 0,014*), *death and dying* (*p-value 0,008*); there was significant difference between the elderly occupations and *physical and environmental domain*, and the facet *death and dying*. Descriptive measures of the facets Whoqol-Old showed the following results: sensory functioning (average 13,63), autonomy (average 10,99), activities past, present and future (average 11,35), social participation (average 10,83), death and dying (average 12,49), intimacy (average 11,64) overall quality of life (average 70,00). **Conclusion:** Through this study, we realized the importance of studying the elderly within the context of the Family Health Strategy, in order the generated results by this study may become subsidies for planning strategies of suitable care and interventions to local reality.

Descriptors: Family Health Strategy, life quality, elderly health, old age.

RESUMEN

Santos GS. Calidad de Vida de las personas de edad que residen en un área que abarca la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Guarulhos- SP. [Disertación] Universidad de Guarulhos. 2010.

Introducción: Vivir más siempre fue el propósito del ser humano. Así, un desafío que crece en importancia es obtener una mejor calidad de vida en esos años ya conquistados. **Objetivos:** Evaluar la calidad de vida de las personas de edad que residen en un área que abarca la Estrategia Salud de la Familia, de un barrio del municipio de Guarulhos-SP; relacionar las dimensiones de la calidad de vida con los datos socio-demográficos; correlacionar los datos socio-demográficos con los dominios y facetas de los instrumentos utilizados para medición de la calidad de vida. **Método:** Estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo. La población considerada fue de 100 personas de edad residentes en un área que abarca la Estrategia Salud de la Familia del barrio San Rafael del municipio de Guarulhos. La recopilación de los datos se hizo en el período entre el 10 de marzo y el 10 de mayo de 2009. **Resultados:** El perfil socio-demográfico de las personas de edad se puede caracterizar así: edad media 68,5 años (desvío estándar 6,2 años), edades entre los 60 a los 90 años; 39% son blancos, 22% son negros, 38% son mulatos y 1% de raza amarilla; 44% están casados, 14% solteros, 28% viudos y 14% separados de los cónyuges; 40% son alfabetizados, 18% concluyeron el primer año de enseñanza primaria, 15% concluyeron el segundo año y 27% el tercer año; 51% son jubilados, 16% dueñas de casa, 11% encargados de la limpieza, 6% albañiles y 16% sin ninguna ocupación; 87% poseen una renta mensual de 1 a 3 salarios mínimos y 13% poseen una renta mensual de 4 a 6 salarios mínimos, 55% poseen casa propia, 24% viven en casa alquilada y 21% en casa cedida; 77% de las casas están construidas de ladrillos y 23% son casas de madera (vivienda rústica); 76% de los domicilios poseen alcantarillado y 24% no lo tienen; 23% de las personas de edad viven con los cónyuges y otros familiares, 31% solamente con los cónyuges y 46% viven solos; 78% provienen de la región noroeste y 22% de la región sudeste; 62% son católicos, 22% evangélicos, 14% espiritistas y 2% de otras religiones; 63% practican actividad física y 37% no la practican; 83% participan de actividades recreativas y 17% no lo hacen; 57% referían ser hipertensos, 29% diabéticos, 36% colesterol alto, 12% osteoporosis, 15% laberintitis, 16% catarata ocular, 21% depresión, 7% enfermedad de Chagas, 11% bronquitis y 2% portadores de HIV. **Análisis Estadístico:** El dominio con puntaje más alto fue el dominio físico, con media de (11,926) y desvío estándar de (2,2591). El puntaje más bajo fue el dominio ambiental con media de (11,245) y desvío estándar de (2,0257). La calidad de vida general obtuvo un puntaje bajo, media (2,860) y desvío estándar (1,0567); hubo una diferencia significativa al verificar la situación de la vivienda y la *faceta muerte y morir* por el módulo WHOQOL-OLD: p-valor(0,028); se encontraron diferencias significativas en el test de correlación entre el dominio físico y la faceta participación social (p-valor 0,014) y *muerte y morir* (p-valor 0,008); hubo diferencia significativa entre las ocupaciones de las personas de edad y los dominios físico y ambiental y la faceta muerte y morir. Las medidas descriptivas de las facetas WHOQOL-OLD presentaron los siguientes resultados: funcionamiento sensorial (media 10,63), autonomía(media 10,99), actividades pasadas, presentes y futuras (media 11,35), participación social (media 10,83), muerte y morir (media 12,49), intimidad (media 11,64), calidad de vida general (media 70,00). **Conclusión:** Por todo lo hecho y analizado, notamos la importancia de estudiar a las personas de edad dentro del contexto de la Estrategia Salud de la Familia, a fin de que los resultados generados puedan transformarse en subsidios para el planeamiento de estrategias de atención e intervenciones adecuadas a la realidad local.

Descriptor: Estrategia Salud de la familia, calidad de vida, salud de las personas de edad, vejez.

EPÍGRAFE

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita alegria que contagia lágrima que corre olhar que acaricia desejo que sacia amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição da população idosa segundo a faixa etária, sexo, raça referida, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, situação de moradia, tipo de casa e rede de esgoto. Residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009	28
Tabela 02 – Distribuição da população idosa segundo o arranjo familiar, migração ou procedência, religião, prática de atividade física, prática de lazer, residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família - Guarulhos 2009.	34
Tabela 03 – Distribuição da população idosa, segundo doença referida. Residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família - Guarulhos 2009.	38
Tabela 04 – Distribuição da população idosa da Estratégia Saúde da Família. Média, mediana e desvio padrão. Município de Guarulhos, Abril. 2009	42
Tabela 05 – Medidas descritivas para domínios da Escala Whoqol-Bref, aplicada em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.	42
TABELA 06 – Teste para verificação de diferença entre os sexos. Domínios Whoqol-Bref e facetas Whoqol-Old em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.	43
TABELA 07 – Teste para verificação de associação com a idade entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old, em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009	44
TABELA 08 - Teste para verificação de diferença entre os idosos que referiram e que não referiram hipertensão. Correlação entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old.	44
TABELA 09 – Teste para verificação de diferença entre os idosos de acordo com a situação de moradia. Correlação entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old, aplicado em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família	45
Tabela 10 - Correlação entre as medidas de qualidade de vida da população idosa na Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos, abril 2009.	46

Tabela11 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família de acordo com a ocupação.	47
Tabela12 Comparações múltiplas entre as ocupações dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.	49
Tabela 13 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a prática de lazer. Guarulhos 2009.....	50
Tabela 14 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a prática de atividade física. Guarulhos 2009	51
Tabela 15 - Medidas descritivas das facetas da Escala Whoqol-Old. Aplicado em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. JUSTIFICATIVA	03
3. REFERENCIAL TEÓRICO	04
3.1. O envelhecimento populacional	04
3.2. Aspectos do envelhecimento	06
3.3. Políticas Públicas voltadas ao idoso	08
3.4. Atenção Básica	12
3.5. A Estratégia Saúde da Família	13
3.6. Qualidade de vida	16
3.7. Qualidade de vida na velhice	19
4.8. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	20
4.0 OBJETIVOS	23
5.0 CASUÍSTICA E MÉTODO	24
5.1. Tipo de pesquisa	24
5.2. Local de realização do estudo	24
5.3. População de estudo	25
5.4. Coleta de dados	25
5.5. Procedimentos Éticos	27
5.6. Procedimentos para coleta de dados	27
6.0. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
7.0. METODOLOGIA ESTATÍSTICA	41
7.1 Análise descritiva	41
8.0 CONCLUSÕES	53
9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICE A - TCLE	69
APÊNDICE B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	70
APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	71
ANEXO A – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	72
ANEXO B – INSTRUMENTO WHOQOL-OLD	75
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	80
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	81

1. INTRODUÇÃO

Minha vivência como enfermeiro, atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF), teve início em 2004. Desde então foram inúmeras as oportunidades de estar em contato com idosos residentes em uma área de abrangência e assistidos por uma equipe de saúde da qual sou enfermeiro responsável.

Durante as consultas de enfermagem que ocorrem na Unidade Básica de Saúde e no domicílio dos idosos, observei a singularidade de cada pessoa idosa, a forma como enfrentam o processo de envelhecimento, a violência do local onde moram, o enfrentamento da perda de familiares, a privação de bens materiais, a falta de opções de lazer, entre outros aspectos.

A ideia deste trabalho surgiu a partir da formação de grupos de pessoas portadoras de hipertensão arterial e Diabetes cujos participantes, em sua maioria, são idosos da comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A formação dos grupos educativos deu origem a um grupo de caminhada que iniciou suas atividades em 20/03/2004. Aos poucos o grupo foi crescendo e a frequência das pessoas idosas era cada vez maior. O grupo de caminhada mantém suas atividades até hoje no período de três vezes por semana.

Além da atividade física, os idosos também participam de passeios, do café da manhã organizado pelo grupo de caminhada e funcionários da Unidade de saúde.

Diariamente tenho oportunidade de estar em contato com essas pessoas idosas e desfruto da satisfação de ser aceito por essa comunidade, realizando tarefas tais como: assistência domiciliar quando necessário e realização da consulta de enfermagem.

Diante do exposto por meio da observação contínua, surgiram diversas indagações em relação aos idosos. Como é a qualidade de vida dos idosos? Que fatores influenciam a qualidade de vida? Que meios os idosos utilizam para enfrentar as dificuldades diárias? A qualidade de vida dos idosos é boa ou ruim? O que posso fazer como enfermeiro em relação aos idosos? Essas indagações me levaram a pensar na possibilidade de realizar uma pesquisa que me proporcionasse respostas aos meus questionamentos.

Em agosto de 2007 tive o primeiro contato com a orientadora deste trabalho. Oportunidade na qual apresentei meus questionamentos sobre qualidade de vida dos idosos e minha intenção de pesquisa. A partir daí, surgiram novas indagações: como pesquisar qualidade de vida? Que instrumento utilizar? Qual instrumento seria

suficiente para responder aos objetivos? Qual instrumento ideal para trabalhar com idosos?

A inquietação para estudar o idoso e a sua relação com qualidade de vida decorre justamente da tendência pessoal e a aproximação com a temática, sendo circunstanciada pela busca da compreensão e conhecimento para a atenção à saúde dessa população específica, atrelado ao fato de que a população brasileira está envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 1960.

A opção pela Estratégia Saúde da Família em relação a esta temática decorre do fato de que essa Estratégia, como é comumente conhecida, tem como proposta a mudança do modelo assistencial, tendo o indivíduo, a família e a comunidade como eixo de atenção. Desse modo, possibilitando um olhar para um grupo específico que necessita mais de estratégias que tenham ações voltadas para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

No município de Guarulhos, como na maioria dos municípios do Estado de São Paulo, as ações direcionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças dos idosos ainda são um tanto incipientes.

Considero este trabalho significativamente relevante para o campo da enfermagem/saúde, partindo do pressuposto de que o cuidado ao idoso é compartilhado por todos os profissionais da equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Considerando também a necessidade de estudos atuais que evidenciem o perfil sócio demográfico da população de idosos a ser cuidada, visando subsidiar as estratégias de ação na promoção da saúde com ênfase na qualidade de vida e a percepção do indivíduo sobre si, acredito que desta forma poderei estimular novos estudos nesta área do conhecimento.

2. JUSTIFICATIVA.

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, reveste-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando o bem-estar de pessoas idosas. Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe seu próprio envelhecimento é de fundamental importância para que se possam desenvolver instrumentos capazes de quantificar este processo de forma válida¹.

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença. Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem^{2,3}

Nesse sentido, avaliar os aspectos subjetivos da qualidade de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticas públicas e sociais, além de alternativas de intervenção, como programas geriátricos, buscando promover o bem-estar deste grupo de pessoas que, tanto no mundo atual quanto no futuro, constitui grande parte da população.

Partindo desses pressupostos, o tema qualidade de vida tem sido alvo de pesquisa em diferentes populações e, portanto, de interesse para a investigação da enfermagem. Considerando a complexidade e a extensão da problemática das doenças crônicas vivenciadas no processo do envelhecimento, os pesquisadores são desafiados a investigar quais os determinantes envolvidos na qualidade de vida dessas pessoas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O envelhecimento populacional

O crescimento da população idosa no mundo e no Brasil está ocorrendo de forma acelerada, mudando o perfil populacional. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu lentamente acompanhado das melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, de trabalho e de alimentação. Nos países em desenvolvimento, porém, dentre eles o Brasil, esse processo ocorreu nos últimos anos do século XX, de forma mais acelerada e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, precário acesso aos serviços de saúde e recursos financeiros reduzidos, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente⁴.

A composição etária de um país, ou seja, a quantidade proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos — é um elemento importante a ser considerado pelos governantes. O envelhecimento de uma população relaciona-se com um declínio no número de crianças e jovens e aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais.

Assim, o rápido envelhecimento da população, nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário⁵.

Em relação ao Brasil, vale destacar alguns aspectos que contribuíram para o rápido crescimento da população idosa: declínio significativo da mortalidade, implantação de políticas de saúde pública e de medicina preventiva, tais como vacinação contra diversas moléstias infecto-contagiosa, planejamento e controle sanitário, melhorias nas condições de habitação, alimentação e acesso aos serviços de saúde.

O século XX trouxe grandes avanços para a ciência do envelhecimento. Por um lado, houve um crescimento do interesse em pesquisar e estudar o processo de envelhecimento, que já se anunciava nos séculos anteriores. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento deste campo⁶.

Em nível mundial, a expectativa de vida subiu 41% desde 1950, de 46 para 65 anos, com maiores aumentos nos países em desenvolvimento. No Japão, as pessoas vivem mais do que em qualquer outro lugar do mundo: em média, 82,5 anos para as mulheres e 76 para os homens⁷.

De acordo com o Censo Populacional de 2000, dos 169,5 milhões de brasileiros, 15,5 milhões tinham 60 anos e mais, somando 14.536.029 indivíduos idosos, representando 8,6% da população total. Com a expectativa de vida se elevando de 66 para 68,6 anos na última década, projeções demográficas para o ano de 2025 indicam uma população de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total brasileira, o que nos colocará como a sexta população de idosos do mundo⁸.

As mulheres idosas tendem a ter problemas de saúde de longo prazo, crônicos e incapacitantes; enquanto os homens idosos tendem a desenvolver doenças de curto prazo e fatais. Como resultado, a mulher idosa tem maior probabilidade do que os homens de ser viúva, não se casar depois e passar mais anos com má saúde e menos anos de vida ativa e independente. Mulher idosa também tem maior probabilidade de empobrecer⁹.

As diversas mudanças provenientes do envelhecimento são enfrentadas pelas mulheres idosas de forma singular de acordo com a trajetória de vida e experiência pessoal. Essa trajetória de vida se constrói ao longo do tempo, através da personalidade e contexto social ao longo do ciclo de vida.

A transição demográfica no Brasil não se deve apenas ao aumento da expectativa de vida, mas principalmente pela diminuição das taxas de fecundidade de 5,8 por mulher em 1970 para 2,3 filhos em 2000. O que para os estudiosos, deve-se em parte ao advento de métodos contraceptivos mais eficazes¹⁰.

O aumento da expectativa de vida, se por um lado representa um avanço de melhoria na saúde pública devido aos avanços da ciência, da engenharia e da biotecnologia, por outro aumenta a responsabilidade dos gestores e dos profissionais, pelo fato de compreender que o processo de envelhecimento não é homogêneo e, portanto, uma velhice bem sucedida não é uma realidade para a maioria dos idosos brasileiros.

Segundo informações do DATA-SUS, no município de Guarulhos a população estimada de pessoas idosas se apresenta com 39.459 pessoas com mais de 60 anos para

o sexo masculino e 52.369 para o sexo feminino. Totalizando 91.828 pessoas com 60 anos e mais¹¹.

Nessa perspectiva, o crescimento acelerado dessa população de idosos, a qual resultará numa demanda crescente por atenção à saúde, no contexto de um sistema de atenção precário e de dificuldades econômicas estruturais, tal realidade exige um planejamento nas políticas de saúde brasileira¹².

3.2 Aspectos do envelhecimento

Envelhecimento é um processo definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse. Caracteriza-se como o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte¹³.

Para Birren e Schroots, a literatura gerontológica reconhece três padrões de envelhecimento: o primário, o secundário e o terciário. *O envelhecimento primário, senescência ou envelhecimento normal* é um fenômeno universal e progressivo cujo resultado é a diminuição na capacidade de adaptação. Comporta gradações, porque está sujeito à influência concorrente de muitos fatores, como por exemplo, dieta, exercício, estilo de vida, exposição a eventos estressantes, educação, traços de personalidade que se relacionam com a saúde, exercício de papéis e posição social, dentre outros aspectos que podem ocasionar diferentes maneiras de envelhecer¹⁴.

O segundo padrão de envelhecimento considerado pela literatura é o do *envelhecimento secundário ou patológico*, relacionado com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, alterações essas que não se confundem com as mudanças normais desse processo (por exemplo, a esclerose múltipla, devida a fatores genéticos). A deficiência física preexistente pode potencializar ou ser potencializada pela fragilidade no envelhecimento, condição multifatorial que compreende tanto prejuízos biomédicos quanto comportamentais, os quais competem com a adaptação. O impacto da deficiência física e da fragilidade sobre a adaptação depende sobremaneira das condições médicas, tecnológicas, ergonômicas, arquitetônicas, econômicas e sociais¹⁴.

O terceiro padrão é o do *envelhecimento terciário ou terminal*, relacionado a um padrão de declínio terminal caracterizado por um grande aumento nas perdas físicas e

cognitivas num período relativamente curto, que no final resulta na morte da pessoa, seja por causa de doenças típicas da idade, seja pela acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico¹⁴.

Diante do exposto, pode-se concluir que as pessoas que vivem mais, apresentam-se mais vulneráveis para a aquisição de doenças crônico-degenerativas, com grandes possibilidades de ficarem com dependência funcional, e conseqüentemente familiar, emocional e econômica.

A partir do século XX, quando o envelhecimento passou a ser mais amplamente estudado, foi ficando cada vez mais claro que o processo não poderia ser contextualizado só por fatores orgânicos e fisiológicos, pois junto às transformações corporais e interagindo com elas, as pessoas apresentavam mudanças de comportamento, de papéis, de valores, de status, de crenças, de acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertenciam e também em função de suas escolhas e adaptações individuais ao longo de seu ciclo de vida¹⁵.

Foi nos Estados Unidos que se iniciou o estudo dos aspectos psicológicos do envelhecimento e da velhice, de início enfatizando as dimensões individuais, evoluindo mais tarde para situar os sujeitos dentro dos contextos sociais onde estão inseridos. Convém destacar que as primeiras abordagens psicológicas do envelhecimento e da velhice priorizavam, principalmente, as necessidades das sucessivas adaptações às quais as pessoas se viam obrigadas a fazer no decorrer de seu ciclo de vida, a fim de se ajustarem aos padrões comportamentais estabelecidos pelo sistema social¹⁵.

Houve um tempo em que a sociedade tinha o sistema de produção baseado na agricultura e na produção artesanal, os quais eram mantidos pelo trabalho familiar e as poucas pessoas que envelheciam eram acolhidas pela família, ou seja, não perdiam o amparo familiar nem o reconhecimento social. A velhice, em si mesma, carrega significados e valores variáveis segundo o contexto sócio-histórico em que estão criados. Em resumo, significa entender que o envelhecimento é um processo biológico conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido¹⁵.

As concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias.

Na atualidade, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega aos velhos o seu valor e sua importância social. Vivemos em uma sociedade de consumo na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe

produção e acumulação de capital. Nessa dura realidade, o velho passa a ser ultrapassado, descartado.

Nas sociedades ditas modernas, a velhice é, muitas vezes, entendida como problema social ou ainda um processo de perda de papéis como profissional ou familiar, tendendo a levar ao isolamento social. Muitos autores já concentraram esforços para debater a representação social dos velhos¹⁵.

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada, já não é mais privilégio de poucas pessoas. Em contraposição, muitas sociedades não são consequentes com essas mudanças demográficas no seguinte sentido: as mesmas atribuem valores relacionados com a competitividade para seus grupos, valorizam a capacidade para o trabalho, independência e autonomia funcional, entre outras. Só que, na realidade, muitas dessas crenças e valores nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos sem levar em consideração algumas mudanças e perdas que frequentemente se associam à velhice¹⁶.

Na atualidade, a velhice vem recebendo maior atenção por parte de vários segmentos da sociedade, como políticos, academias, mídia, instituições de ensino superior, entre outros. Embora o envelhecimento seja muitas vezes associado a designações negativas, o confronto do tema com a realidade presente vem proporcionando discussões relevantes no contexto social, econômico, cultural e político, o que enfatiza o debate do papel exercido pelo idoso na sociedade¹⁷.

As alterações na fisionomia demográfica das sociedades vêm sendo sentidas claramente na contemporaneidade, aumentando as demandas sociais e econômicas em todo o mundo, inclusive modificando o conceito político de velhice. Numa abordagem progressista, a adaptação ou ajuste ao sistema social não reflete grandes avanços para os idosos, mais sim o questionamento, a participação efetiva, enfim as lutas pela transformação da sociedade, com a participação efetiva dos idosos nas decisões¹⁸.

3.3 Políticas Públicas voltadas ao idoso

A construção de política pública de saúde focando o envelhecimento e na saúde da pessoa idosa estabelece uma dimensão necessária visando às transformações da sociedade e conseqüentemente a construção do Sistema Único de Saúde. O envelhecimento populacional caracteriza-se como um fenômeno atual de grande relevância em todo o mundo, pois à medida que as sociedades envelhecem os problemas

de saúde entre os idosos desafiam os sistemas de saúde, assim como, a seguridade social¹⁸.

No Brasil, a preocupação com políticas sociais de atenção ao idoso é bastante recente. O esforço de segmentos específicos do governo e de entidades representativas de idosos, como o Conselho Nacional do Idoso, a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), mobilizaram a sociedade em busca do cumprimento de normativas internacionais, com destaque para a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Viena, no ano de 1982¹⁹.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária²⁰.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002)²¹.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção²².

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em

situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)²³

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso²⁴.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas²⁵.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite²⁶.

Neste sentido, O Plano “Futuridade” surge como iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, coordenada pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social — (SEADS), que objetiva fortalecer a rede de atenção à pessoa idosa e promover a qualidade de vida dessa população, principalmente a que se encontra em situação de vulnerabilidade social e descoberta de seus direitos²⁷.

Sua estratégia de atuação parte da articulação e integração das secretarias e órgãos públicos estaduais, municipais e da sociedade civil, tomando como metas o fortalecimento e a expansão de ações direcionadas à promoção dos direitos da população idosa, a qual aumenta significativamente em todo o mundo por conta do fenômeno demográfico do envelhecimento populacional²⁷.

O Plano “Futuridade” está fundamentado nas referências dispostas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Constituição da República Federativa do Brasil, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso, na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei nº. 8.742/1993), na Lei nº. 12.548 (de 27 de fevereiro de 2007), que estabelece a Política Estadual da pessoa idosa no Estado de São Paulo, e no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (Madri/Espanha, 2002)²⁷.

O Estado de São Paulo, por meio da **SEADS** (*Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social*), possui um Programa próprio de transferência de renda, o “**Renda Cidadã**”, que tem por objetivo conceder apoio financeiro temporário, complementado por ações sócioeducativas e de geração de renda, às famílias em situação de pobreza, com renda mensal per capita de até R\$ 100,00 (cem reais). Como ação específica para a população idosa foi desenvolvido o Programa Experiente Cidadão, em Parceria com Metrô/Secretaria de Transportes Metropolitanos - STM, que tem por objetivo a complementação do Programa Renda Cidadã na inserção social de idosos por meio de atividade remunerada de prestação de informações ao público em estações do metrô da capital²⁸.

A pessoa idosa também é atendida pelos equipamentos municipais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e pelos Centros de Referência Especial de Assistência Social (CREAS), em ações de média e alta complexidade sob coordenação das Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADS)²⁸.

Em 07 de maio de 2002, a Câmara Municipal de Guarulhos aprovou a Lei nº 5.817 na qual instituiu a Política Municipal de Atenção ao idoso, cuja finalidade é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade²⁸.

Assim, fazem parte desta lei, os seguintes princípios e diretrizes; **I - Princípios:** A família a sociedade e o Município têm a responsabilidade prestar serviços e desenvolver ações que visem o atendimento das necessidades básicas do idoso; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos, com o incentivo de programas educacionais; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza, tendo assegurado a sua participação em todos os segmentos da sociedade; o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; fica assegurada ao idoso a garantia e promoção da assistência à saúde, com ações que

desenvolvam atividades de prevenção, manutenção à saúde, mediante programas e medidas específicas, entre outros²⁹.

II - Diretrizes: Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração as demais gerações; participação do idoso, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; conscientização e sensibilização da sociedade sobre o papel da família do idoso em prestar-lhe atendimento, em detrimento ao atendimento asilar, com exceção dos idosos que não possuam condições próprias de sobrevivência; capacitação e atualização dos profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e na prestação de serviços; priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família, entre outras²⁹.

Embora as políticas voltadas para o idoso tenham avançado, é importante destacar que nem todo o idoso de Guarulhos tem usufruído dos benefícios proporcionados por tais políticas. O Centro de Referência ao Idoso (CRI) está localizado na região central da cidade, portanto, os idosos que residem na região periférica ficam excluídos deste atendimento, neste contexto, os idosos residentes na Vila São Rafael. Possivelmente as barreiras geográficas e a deficiência do transporte coletivo de alguma forma dificultam o acesso dos idosos residentes nessa localidade.

3.4 - A Atenção Básica

A atenção básica à saúde foi reconhecida internacionalmente na Declaração de Alma-Ata, proveniente da Conferência Mundial de Alma-Ata em 1978 e instituída nas políticas oficiais de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento para alcançar “saúde para todos no ano 2000”. A principal estratégia para atingir essa meta seria o desenvolvimento da atenção básica à saúde dentro de uma organização sistêmica do setor. Para cumprir os fatores acima mencionados, tornou-se necessária a edificação de um Sistema de Saúde que contemplasse a universalização da assistência em todos os seus níveis. É nesse contexto que foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado com base na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e seguindo princípios específicos³⁰.

Assim, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social³⁰.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde³⁰.

3.5 A Estratégia Saúde da Família

Em 1991, foi implantado o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), que impulsionou a implantação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como parte da reorganização do sistema de saúde no Brasil. Atualmente tem sido denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica. Dessa forma, sinaliza um caminho possível para atingirem os objetivos do SUS, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais implantados anteriormente pelo Ministério da Saúde³¹.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A

responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS³¹.

Trata-se de um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida³¹.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família³¹.

Prioriza as ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade³².

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos em 2004 existiam apenas 15 Equipes de Saúde da Família, e atualmente existem 105 equipes, ampliando o acesso da população aos serviços de Saúde e conseqüentemente alcançando um número maior na cobertura da população idosa.

3.5.1 Princípios da Estratégia Saúde da Família

Os princípios da Estratégia Saúde da Família incorporam e reafirmam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, quais sejam: universalização, descentralização, integralidade e participação popular da comunidade — e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, a qual trabalha com base nos seguintes princípios: **Caráter substitutivo**: alteração das práticas convencionais de

assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; **Integralidade e hierarquização:** Adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias; **Territorialização e adscrição da clientela:** a Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área; **Equipe multiprofissional:** cada equipe do PSF é composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais poderão ser incorporados às equipes: dentistas, psicólogos, assistente social, dentre outros³³.

3.5.2 Atribuições dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família voltadas para a saúde da pessoa idosa.

Médico: Realizar atenção integral às pessoas idosas, consulta, incluindo avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico, prescrever tratamento medicamentoso quando necessário, solicitar exames complementares, assistência domiciliar, encaminhar quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxo de referência e contra referência local e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento, orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos, atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa; **Enfermeiro:** Realizar atenção integral às pessoas idosas, assistência domiciliar, quando necessário, consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão, supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe de enfermagem, realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe, orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos; **Auxiliar de Enfermagem:** Realizar atenção integral às pessoas idosas. Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando

indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; **Agente Comunitário de Saúde:** Cadastrar todas as pessoas idosas de sua microárea e manter o cadastro atualizado, preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu manual de preenchimento específico identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde, realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis³³.

Diante do exposto, as equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos, têm lançado mão da avaliação multidimensional, pois esta visa desenvolver um plano abrangente para a terapia e acompanhamento em longo prazo, e constitui um diagnóstico multidisciplinar, designado para quantificar os problemas e capacidades funcionais e psicossociais de um idoso.

A Unidade de Saúde da Família — São Rafael, cenário desse estudo, iniciou suas atividades em março de 2005, com três equipes de saúde, cada uma das equipes é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, cobrindo um território de aproximadamente dez mil pessoas.

3.6 Qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QV) é de difícil conceituação, pois seu caráter subjetivo, complexo e com várias dimensões pode ter conotação para cada época, é baseado em valores pessoais ou de um grupo, variando assim, seu sentido conforme as culturas e crenças destes.

Além disso, qualidade de vida contém uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo para a sua determinação. As condições externas são importantes, porém, como qualidade de vida é definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com seu processo de viver, essas necessariamente não são fatores determinantes³⁴.

O termo qualidade de vida foi usado pela primeira vez em 1920, no livro de Pigou, intitulado *The Economics of Welfare*. Neste livro o autor discutia o suporte governamental para a população e suas repercussões sobre a economia americana, porém, não tiveram grande influência na sociedade³⁵.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, existe desde os séculos XVII e XIX com o nascimento da medicina social, porém, o termo de referência não é qualidade de vida e sim condições de vida³⁶.

Paschoal afirma que o conceito de Qualidade de Vida começou a ser difundido após a Segunda Guerra Mundial, referindo-se à conquista e posse de bens materiais (possuir casa própria, bom salário, boa aposentadoria) e com o passar dos anos foi se ampliando para algo mais estrutural, como o desenvolvimento econômico, cujos indicadores eram medidos através do Produto Interno Bruto (PIB), (taxa de crescimento, taxa de desemprego, entre outras). Posteriormente foram incorporados indicadores que levam em conta o desenvolvimento social como escolaridade, taxa de mortalidade infantil, condições de vida, condições de trabalho, transporte, saneamento básico³⁷.

Em 1964 a expressão qualidade de vida foi empregada pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida³⁸.

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um campo em debate. Alguns autores reconhecem a complexidade e a impossibilidade de conceituar de forma adequada a qualidade de vida, tratando-a como uma variável “emergente”, da mesma forma que construtos como “traços de personalidade” ou “emoções”. Para esse tipo de construto, os psicólogos preferem atribuir características ou indicadores que não merecem o status de definição. Dessa forma, a existência de diferentes definições decorreria, na verdade, justamente do peso dado a cada uma dessas características ou indicadores³⁹.

A ausência de consenso a respeito de um conceito em um campo novo do conhecimento é algo comum e perfeitamente compreensível, embora crie problemas por vezes insolúveis. Nessa área de pesquisa os instrumentos que se propõe a avaliar a qualidade de vida se multiplicam exponencialmente, trazendo uma avalanche de dados

e, por vezes, influenciando políticas de saúde, sem, no entanto, saber se ao certo o que, de fato, estão medindo. Sem uma base conceitual clara não há como correlacionar o que está sendo medido com o que deveria estar sendo medido⁴⁰.

Nessa perspectiva, a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde é a que melhor traduz a abrangência o termo qualidade de vida.

O Grupo WHOQOL, teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos para utilização internacional/transcultural e definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas seus padrões e suas preocupações”. Ele considera o conceito de qualidade de vida como um conceito bastante amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente⁴¹.

Três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida estão implícitos em três conceitos do Grupo WHOQOL: *Subjetividade*, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo. *Multidimensionalidade*, isto é, a qualidade de vida é composta por várias dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, não é desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas sim que sua medida seja feita por meio de escores em vários domínios e finalmente, *Presença de dimensões positivas e negativas*. Assim, para uma “uma boa qualidade de vida”, é necessário que alguns elementos estejam presentes (ex: mobilidade) e outros ausentes (ex: dor)⁴².

Nesse sentido, definir qualidade de vida ou seus conceitos mais próximos (felicidade e bem-estar) é uma preocupação antiga. No entanto, a busca da operacionalização desse constructo e do desenvolvimento de instrumentos capazes de medi-lo vem exigindo empenho considerável em vários níveis: conceitual, metodológico, psicométrico e estatístico. Assim, um efeito secundário — mas não menos importante — advém desta busca: um importante avanço em novas tecnologias de desenvolvimento de instrumentos, aprimoramento dos modelos teóricos para contemplar a complexidade deste constructo, além da consciência de que os aspectos sociais e transculturais são extremamente relevantes e precisam ser incorporados⁴².

3.7 A Qualidade de Vida na Velhice

Viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce em importância é a obtenção de melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”. Esta seria uma “condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário”⁴³.

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não-idosas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidades e à dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias; anos marcados por doenças, com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser muito boa⁴⁴.

O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade. Semelhante resultado, assim como seu oposto, uma velhice patológica, dependem da história de desenvolvimento e de envelhecimento, que é marcado por influências genético-biológicas, psicológicas e sócio-culturais, algumas das quais podem ser controladas⁴⁴.

Descobrir virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida individual e social têm sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nas últimas décadas, a partir do aumento da expectativa de vida⁴⁴.

Segundo Lawton, a qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que buscam referência tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também prospectivas na relação entre o idoso adulto maduro e o ambiente que o cerca, dessa maneira, a

qualidade de vida na velhice dependeria de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo⁴⁵.

Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos)⁴⁶.

A teorização e a pesquisa sobre o tema refletem essa multiplicidade de critérios e de indicadores. Porém, ainda não foi possível estabelecer com clareza o grau de importância de cada um. Suas interrelações e a direção da causalidade entre eles. O que se sabe é que as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo⁴⁶.

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que esse estado comporta reveste-se de grande importância científica e social. Ao tentar resolver a aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, a pesquisa pode não só contribuir para a compreensão do envelhecimento humano, como também para a geração de alternativas válidas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas maduras⁴⁶.

Assim, ao desenvolver esta pesquisa no campo das ciências do envelhecimento surgem novos paradigmas que remetem ao estudo e à promoção da saúde física e mental dos idosos. Fortalecendo a ideia de que a saúde é proveniente da interação e do equilíbrio físico, mental e social aliado aos recursos que a sociedade é capaz de lhes oferecer, para promover uma boa qualidade de vida na velhice.

3.8 Instrumentos de avaliação de Qualidade de vida

Cada pessoa é, antes de tudo, um indivíduo, alguém, um ser humano. Portanto, não é muito arriscado definir a qualidade de vida como “o que a pessoa ou o paciente diz que é”. A ênfase do indivíduo difere da maioria das avaliações de qualidade de vida mais conhecidas no que concerne à rejeição da ideia de que se pode encontrar pistas comparáveis do que seja qualidade de vida entre indivíduos e, mais ainda, entre grupos e culturas. Do ponto de vista idiográfico, os domínios da qualidade de vida devem ser

escolhidos pelo próprio indivíduo e, então, avaliados em relação a seu ambiente. De forma que haja uma intersecção entre a pessoa e o ambiente⁴⁷.

Muitos pesquisadores da qualidade de vida buscam um meio termo no debate entre uma abordagem completamente idiográfica, que enfatiza o indivíduo, e uma abordagem particular e nomométrica, que enfatiza o grupo e o geral. Alguns deles desenvolveram instrumentos individualizados ou gerados pelos pacientes que permitem que o respondente escolha os aspectos da vida a serem incluídos na avaliação. Geralmente, os métodos de avaliação são padronizados de forma que as escalas de resposta sejam uniformes durante toda a administração do instrumento e sejam usadas estatísticas descritivas⁴⁷.

Entre os primeiros instrumentos que surgiram, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD) destacou-se como um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de uma determinada população. Esses três níveis seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. Apesar de sua ampla aceitação, o IDH apresenta limitações, uma vez que não consegue incorporar a essência do conceito central que tenta medir (desenvolvimento)⁴⁸.

Dantas et al, propõem a classificação dos instrumentos quanto às categorias, dividindo-os em genéricos e específicos, subdividindo os genéricos em perfis de saúde e medidas de preferência. Os instrumentos genéricos podem ser usados na população geral ou grupos específicos, abordando o perfil de saúde ou não. Quando relacionado à saúde reflete o impacto da doença sobre o indivíduo, no entanto, não especificam patologias. Permite a comparação da QV de indivíduos sadios com doentes ou portadores de uma mesma doença vivendo em contextos diferentes. Apresenta a desvantagem de não detectar aspectos particulares e específicos da QV de uma população acometida por determinado agravo. Os mais utilizados são: World Health Organization Quality of Life (Whoqol-100), Whoqol-Bref, Nottingham Health Profile (NHP), McMaster Health index Questionnaire (MHIQ), Medical Outcomes Studies 36-item Short Form (MOS SF-36) Sickness Impact Profile (SIP), entre outros⁴⁹.

Os instrumentos específicos, por sua vez, avaliam o impacto sobre a QV de portadores de doenças, agravos e condições específicas. Podem ser utilizados em grupos populacionais como crianças, idosos e trabalhadores. Como desvantagem aponta-se a dificuldade de validação das características psicométricas do instrumento, em

consequência do número de itens e amostras insuficientes. Os mais conhecidos são: Functional States Index (FSI), Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ), Katz Activities of Daily Living (ADC) e American Rheumatism (ARA)⁴⁹.

Em função da necessidade de avaliar de forma empírica se os instrumentos Whoqol-100 e Whoqol-Bref são adequados e suficientes para aferir a qualidade de vida em idosos, o projeto Whoqol-Old foi idealizado. Seu objetivo é oferecer um conjunto de itens adicionais para a avaliação da Qualidade de vida em idosos, gerados a partir de uma metodologia transcultural que permita comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais⁵⁰.

O módulo Whoqol-Old pode ser utilizado em vários estudos, incluindo avaliações transculturais, pesquisas de base epidemiológica, monitoração de status de saúde, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde e estudos de intervenções clínicas nos quais as avaliações de qualidade de vida sejam cruciais. Esse instrumento permite a avaliação do impacto de serviços de saúde e de diferentes programas de saúde e de cuidados sociais na QV de idosos, em especial a identificação de possíveis consequências de políticas de saúde na QV de populações idosas. Ademais poderá auxiliar na determinação das áreas de investimento capazes de refletir maiores ganhos na Qualidade de Vida⁵⁰.

Diante do exposto, acredito que este instrumento seja satisfatório para avaliar a qualidade de vida dessa população. A metodologia transcultural de desenvolvimento do instrumento Whoqol-Old, garante propriedades capazes de avaliar de forma adequada desses aspectos sem interferência de vieses culturais.

4. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em um bairro do município de Guarulhos – SP.

2.2. Objetivos Específicos

1. Relacionar as dimensões de qualidade de vida com os dados sócio-demográficos;
2. Correlacionar os dados sócio-demográficos com os domínios e facetas dos instrumentos de medição de qualidade de vida utilizados.

5. CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental entre outras⁵¹.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores⁵¹.

5.2. Local de realização do estudo

O presente estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família — Vila São Rafael — município de Guarulhos. Esta Unidade iniciou suas atividades em março de 2005, possui 3 Equipes de saúde, para uma população de 10.000 habitantes. Os idosos são atendidos na Unidade de Saúde, bem como no domicílio.

Região carente, sem rede de esgoto, com duas escolas da rede estadual, uma municipal, comércio básico, sem pontos de lazer e cultura. Este bairro tem como característica a violência gerada pelo uso, abuso e tráfico de drogas, causando um estigma que sempre dificultou o investimento em algumas ações sociais locais.

A unidade de saúde compartilha o espaço físico onde esta instalada, com um ponto de cultura praticamente desativado por falta de gestão.

Guarulhos é a segunda cidade mais populosa do estado de São Paulo. Tinha 1.072.717 em 2000 e passou para 1.283.253 em 2007. Na projeção elaborada para este ano, o município é o segundo maior do Estado em população 1.299.283 e têm a maior taxa de crescimento entre os dez municípios mais populosos de São Paulo⁵².

O Sistema de Saúde Municipal é composto por uma rede de serviços de 66 Unidades Básicas de Saúde, com 34 Unidades na Estratégia Saúde da Família, 32 com o modelo tradicional, 09 ambulatórios de Especialidades, 07 Unidades de Pronto atendimento, 03 hospitais municipais, 02 Hospitais Estaduais e 2 filantrópicos.

5.3. População do Estudo

A população da pesquisa foi constituída de idosos que frequentam a Unidade de Saúde da Família e os que recebem assistência no domicílio.

Foi previsto o total de 220 idosos que residiam dentro de uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Na ocasião da pesquisa, 20 pessoas idosas estavam hospitalizadas, 80 idosos eram analfabetos e 20 se recusaram a participar da pesquisa. O período estabelecido para a coleta de dados foi de 10/03/2009 à 10/05/2009.

A amostra contou de cem pessoas idosas que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- Concordar em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE - A).
- Ter idade igual ou superior a 60 anos.
- Morar dentro da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Ser alfabetizado.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Ter idade inferior a 60 anos.
- Morar fora da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Não ser alfabetizado.

5.4 Coleta de dados

5.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

A) Ficha de informações sóciodemográficas — Instrumento criado especialmente para este estudo, na qual foram registradas informações sobre: idade, sexo, raça referida, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, renda familiar, situação de moradia (casa própria, alugada ou cedida), tipo de casa (tijolos ou barraco de madeira), arranjo familiar, sistema de esgoto na residência, religião, prática de lazer, prática de atividade física (APÊNDICE - B).

B) O Whoqol-Bref - Instrumento específico para a aferição da Qualidade de Vida, criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS a partir do WHOQOL 100. É uma versão abreviada do WHOQOL 100. O objetivo deste é oportunizar aferições de qualidade de vida por meio de um instrumento que demande pouco tempo para o seu o

preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. O Whoqol-Bref contém 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no Whoqol-Bref é avaliada por apenas uma questão. Assim o Whoqol-Bref é composto por 4 domínios como segue⁵³ (ANEXO - A).

Domínio 1 - Refere-se ao domínio físico e avalia os aspectos

Item 1 Qualidade de vida, Item 2 Satisfação com a saúde, Item 3 Dor e desconforto, Item 4 Dependência de medicação ou de tratamentos, Item 10 Sono e repouso, Item 15 Mobilidade, Item 16 Atividades da vida cotidiana, Item 17 Energia e fadiga, Item 18 Capacidade de trabalho.

Domínio 2 – É o domínio psicológico e avalia os aspectos

Item 5 Sentimentos positivos, Item 6 Pensar, aprender, memória e concentração, Item 7 Auto-estima, Item 11 Imagem corporal e aparência, Item 19 Sentimentos negativos, Item 26 Espiritualidade/religião e crenças pessoais.

Domínio 3 – Refere-se às relações sociais e avalia os aspectos

Item 20 Relações pessoais, Item 21 Suporte (apoio) social, Item 22 Atividade sexual.

Domínio 4 – Avalia o meio ambiente no que se refere a

Item 8 Segurança física e proteção, Item 9 Ambiente no lar, Item 12 Recursos financeiros, Item 13 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, Item 14 Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, Item 23 Participação em, e oportunidade de recreação/lazer, Item 24 Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, Item 25 Transporte.

Domínio Geral – Avalia a qualidade de vida global e o estado de saúde geral. A versão em português, no Brasil, do WHOQOL-BREF foi validada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste⁵⁴.

C) Whoqol-Old — Instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em adultos idosos. Este instrumento já foi validado para a língua portuguesa, falada no Brasil. Módulos Whoqol-Old contém 6 facetas de 4 itens cada, sendo assim são avaliados 24 itens, conforme *Faceta 1- Funcionamento do Sensorio (FS)*. Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da

perda das habilidades na qualidade de vida. Composta pelas questões 1, 2, 10 e 20. *Faceta 2 - Autonomia (AUT)*. Avalia até que ponto o idoso é independente, e descreve até que ponto ele pode viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. Composto pelas questões 3,4,5, e 11. *Faceta 3 - Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)*. Descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas que os idosos anseiam. Composta pelas questões 12,13,15 e 19. *Faceta 4 - Participação social (PSO)*. Analisa a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. Composta pelas questões 14, 16, 17 e 18. *Faceta 5 - Morte e morrer (MEM)*. Avaliam as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer. Composta pelas questões 6, 7, 8 e 9. *Faceta 6 - Intimidade (INT)*. Avalia a capacidade que o idoso tem de ter relações pessoais e íntimas. Composta pelas questões 21, 22, 23 e 24. Cada uma das facetas possui 4 itens, portanto, para todas as facetas o escore dos valores pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos⁵⁴. (ANEXO - B).

5.5 Procedimentos Éticos

Atendendo a Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos e aprovada através do PARECER Nº 41/2009 SISNEP/385. (ANEXO C).

Em cumprimento às demais exigências éticas, foi solicitada autorização formal à Secretaria de Saúde do município de Guarulhos, a qual foi autorizada em 06/08/2008 (ANEXO D).

5.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após o consentimento da coordenação da Unidade de Saúde da Família – São Rafael.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador. Foram convidados a participar da pesquisa todos os idosos, segundo os critérios de inclusão. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os idosos que concordaram em participar do estudo foram encaminhados para uma sala com ambiente tranquilo, onde os mesmos pudessem concentrar-se para responderem aos questionários.

Durante a coleta de dados, observei que a maioria dos idosos teve dificuldades para responder aos instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old. O tempo médio gasto

para responder os questionários, foi aproximadamente 1 hora e trinta minutos. Os dados foram coletados no período de 01/03/2009 à 30/05/2009.

6.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar a compreensão da apresentação dos resultados e sua análise, esse capítulo foi dividido em duas partes. A primeira apresenta as características sociodemográficas: idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de moradia, arranjo familiar, tipo de casa, sistema de esgoto, doenças referidas, migração ou procedência, prática de atividade física e prática de lazer. A segunda parte refere-se à análise estatística descritiva dos instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old.

Tabela 01 Distribuição da população idosa segundo a faixa etária, sexo, raça referida, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, situação de moradia, tipo de casa e rede de esgoto. Residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009

	Feminino		Masculino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Idade						
60-64	14	20,0	07	23,0	21	21,0
65-69	34	48,0	10	32,0	44	44,0
70-74	12	17,0	10	32,0	22	22,0
75-79	04	08,0	--	--	04	04,0
80 a mais	05	07,0	04	13,0	09	09,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Raça referida						
Branca	23	33,0	16	52,0	39	39,0
Negra	16	23,0	06	19,0	22	22,0
Parda	30	44,0	08	26,0	38	38,0
Amarela	--	--	01	03,0	01	01,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Estado civil						
Casado	26	38,0	18	59,0	44	44,0
Solteiro	08	12,0	06	19,0	14	14,0
Viúvo	23	33,0	05	16,0	28	28,0
Separado	12	17,0	02	06,0	14	14,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Escolaridade						
Alfabetizado	35	51,0	05	16,0	40	40,0
1ª série	09	13,0	09	29,0	18	18,0
2ª série	11	16,0	04	13,0	15	15,0
3ª série	14	20,0	13	42,0	27	27,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Ocupação						
Aposentado	35	51,0	16	52,0	51	51,0
Dona de casa	16	23,0	--	--	16	16,0
Faxineiro	09	13,0	02	06,0	11	11,0
Pedreiro	--	--	06	20,0	06	06,0

Nenhuma ocupação	09	13,0	07	22,0	16	16,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Renda familiar						
1 a 3 salários	59	85,0	28	90,0	87	87,0
4 a 6 salários	10	15,0	03	10,0	13	13,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Situação de moradia						
Casa própria	37	54,0	18	58,0	55	55,0
Casa alugada	16	23,0	08	26,0	24	24,0
Casa cedida	16	23,0	05	16,0	21	21,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Tipo de casa						
Casa de tijolos	51	74,0	26	84,0	77	77,0
Casa de madeira (barraco)	18	26,0	05	16,0	23	23,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Rede de esgoto						
Sim	51	74,0	26	84,0	76	76,0
Não	18	26,0	06	19,0	24	24,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0

A proporção de idosos nos grupos etários de 60 a 69 (jovens idosos) representa (65%) e de 70 a 79 (meio-idosos) representa (26%) e 80 anos a mais (9%), conforme Tabela 01. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos sobre qualidade de vida de idosos acompanhados por Unidade Básica de Saúde, na Região Centro-Oeste do município de São Paulo⁵⁵.

Destaca-se que na população idosa há uma predominância de mulheres, e tentativas têm sido feitas para explicar essa diferença. Algumas hipóteses sugerem que os homens têm as mais altas taxas de mortalidade relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas. Já as mulheres têm as mais altas taxas de morbidade em quase todas as doenças crônicas não-fatais. Além disso, elas são mais inclinadas a prestar atenção aos sinais e sintomas e a procurar assistência mais frequentemente que os homens⁵⁶.

Dos idosos que participaram deste estudo, (31%) são do sexo masculino e (69%) do sexo feminino. A população estudada segue a mesma tendência nacional, onde predominam o número de mulheres em relação aos homens.

A proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo. Isso leva à constatação de que “o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres”. A prevalência de mulheres também se tornou mais expressiva ao longo das décadas⁵⁷.

Em relação à raça referida, encontramos (39%) brancos, (22%) negros, (38%) pardos e (1%) raça amarela. Considerando a soma de negros e pardos, temos um total de (60%) de idosos afro-descendentes.

Em anos recentes, as relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centradas na criação de um campo de reflexão e de intervenção política denominada saúde da população negra. Essa proposta se insere na discussão sobre formas de enfrentamento do racismo no País, na medida em que governo, intelectuais e parcelas significativas da sociedade civil reconhecem atualmente as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros⁵⁸.

Apesar de não haver consenso quanto aos diagnósticos e às soluções para o problema da discriminação racial, ele adquire maior visibilidade em função do atual debate sobre os temas da pobreza e da justiça social. Nesse cenário, 'raça' emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil⁵⁸.

Neste sentido, Silva (2008) e Martins et al (2009), quando avaliaram a qualidade de vida de idosos acompanhados pelo Programa Saúde da Família no Rio Grande do Sul e Florianópolis-SC — encontraram proporção maior de idosos de cor branca, (80%) e (82,%) respectivamente^{59,60}. Os achados desta questão pode ter explicação nas etnias que colonizaram a região Sul do Brasil tais como: italianos, alemães. Esses dados diferem dos encontrados no estudo em questão, onde a proporção de idosos de raça negra e parda é superior aos de raça branca, considerando que a maior parte dos idosos é proveniente da região nordeste do Brasil, onde houve uma concentração maior de afro-descendentes, desde os tempos da escravidão.

Quanto ao estado civil, (44%) dos idosos referiram ser casados, (28%) viúvos, (14%) separados e (14%) solteiros. Considerando o percentual de viúvos, solteiros e separados, teremos (56%) de idosos sem companheiro conjugal. Diversos estudos têm chamado a atenção para a importância do apoio social na vida dos idosos, dentre os quais destacamos os que foram realizados com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. As redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente abalam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte social. Normalmente a ausência de parentes, especificamente parentes

mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas^{61,62}.

Outro aspecto a se considerar é que, todas as experiências e acontecimentos vividos nas idades mais jovens se acumulam e afetam a situação do idoso na família e na sociedade. Ter ou não ter filhos, número de filhos tidos, estar casada, divorciada ou ficar viúva a certa idade, não só determinam uma trajetória de vida da mulher, mas podem ser importantes para o seu bem-estar nas idades avançadas⁶³.

Em relação ao grau de escolaridade, neste estudo, constatamos baixo nível de escolaridade, sendo (40%) de idosos alfabetizados e (60%) possuindo apenas de 1 a 3 anos de estudo.

O nível educacional é um dos indicadores na caracterização do perfil socioeconômico da população. No caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual⁶⁴.

Neste sentido, Pereira et al, encontraram resultados semelhantes, quando avaliaram a qualidade de vida de pessoas idosas em uma comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família. Também merece destaque o estudo de (Trentini et al), sobre a percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador^{65,66}.

Na Vila São Rafael, cenário deste estudo, foram criadas em 2007 duas salas de aulas para idosos, pelos voluntários da comum idade e apoiados pela Unidade de Saúde da Família; esta iniciativa tem trazido resultados positivos para os idosos no tocante aos cuidados com a própria saúde: ler uma receita, verificar data de consultas e exames de rotina, entre outros.

Tratando-se da ocupação, a tabela acima revela que (51%) dos idosos são aposentados, 11% exercem ocupação de faxineiro (a), 6% são pedreiros e 16% das mulheres idosas se ocupam de tarefas domésticas e 16% referiram não que não tinham ocupação.

A aposentadoria tem sido debatida intensamente nos últimos anos, principalmente devido ao crescimento da população acima de 60 anos. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimento da população idosa. Em

conseqüência dos baixos valores desses benefícios, um terço dos brasileiros, com 60 anos ou mais, mantém-se em atividades produtivas após as aposentadorias⁶⁷.

A cada dia novas pesquisas revelam que uma parcela considerável dos idosos (a) possui condições de trabalhar e efetivamente o fazem. Os idosos aposentados representam um dos segmentos sociais com maior estabilidade, e cresce o número de casos em que estes se responsabilizam pela manutenção de suas famílias. Mantendo-se com boa saúde até idades mais avançadas, os pobres recorrem ao trabalho informal, que, apesar dos baixos rendimentos, também proporciona ganhos imensuráveis, como amizades, poder dentro do domicílio e certa liberdade financeira. Além disso, sua identidade predominante não é a de aposentado, mas de trabalhador, o que lhes confere o poder e o *status* de provedor, estando totalmente inseridos na vida familiar e, portanto, longe da segregação⁶⁸.

Quanto à renda familiar, observamos os seguintes resultados: (87%) dos idosos possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 13% possuem renda mensal de 4 a 6 salários mínimos. Sabemos que a renda familiar representa um forte indicador na qualidade de vida do indivíduo, pois esta interfere diretamente na possibilidade de aquisição de bens e consumo, alimentação, moradia, entre outros. Tratando-se de idosos em muitas situações, a renda familiar atua como suporte em tratamentos de saúde, compra de medicamentos, entre outros.

A aposentadoria possibilitou ao idoso uma segurança maior de renda. Embora sujeita a gastos imprevistos com remédios e demais tratamentos de saúde, esta parcela da população possui hoje melhores condições financeiras do que os mais jovens. Embora a renda do indivíduo decaia após os 60 anos (quando ocorre à aposentadoria), a pobreza entre esta parcela da população diminuiu (50% entre 1983 e 1998). Houve uma redistribuição intergeracional da renda do idoso. Assim, é possível observar que famílias pobres ou que se aproximam da linha de pobreza que convivem com seus idosos, dependem diretamente da renda destes para obterem melhores condições econômicas⁶⁹.

Em relação à situação de moradia, a tabela 1 mostra os seguintes resultados: (55%) dos idosos tem casa própria, (24%) moram em casa alugada e (21%) em casa cedida. O fato da grande maioria dos idosos possuírem casa própria talvez seja conseqüência de a terem adquirido enquanto faziam parte da população economicamente ativa. Se considerarmos os idosos que moram em casa alugada, e os que moram em casa cedida, terão (45%) de idosos vivendo sem casa própria, fato que

pode influenciar a qualidade de vida, pois estes terão que investir parte dos rendimentos em alugueis.

Neste sentido, Floriano (2005), quando estudou o perfil de idosos assistidos por pelo Programa Saúde da Família encontrou os seguintes resultados: 74% dos idosos possuíam casa própria, 4,9% casa alugada e 17% em casa cedida. Santos e Cianciarullo, quando estudaram o perfil sócio-demográfico em uma população de idosos encontraram os seguintes resultados: 52% dos idosos moravam em casa própria e 48% em casa alugada na mesma região onde foi realizada esta pesquisa^{70,71}.

Dos idosos pesquisados, grande maioria (77%), reside em casa de tijolos, enquanto (23%) residem em casa de madeira, popularmente conhecido por (barraco).

O conceito de habitação inclui não só a estrutura física, mas também o espaço geográfico e social que ocupa além das funções que seus moradores a conferem. Logo, elementos de ordem sócio-econômica e cultural imprimem diferenças de disponibilidade e qualidade da habitação, resultando em fatores ambientais que repercutem sobre a saúde e qualidade de vida de seus moradores⁷².

Os problemas habitacionais brasileiros são particularmente visíveis nas aglomerações urbanas. Destacando-se exclusão social e a segregação espacial da população pobre nas favelas e assentamentos informais, a carência de moradias, a escassez de serviços de infraestrutura urbana, de acesso às oportunidades de emprego produtivo, e a ocupação de áreas de risco e legalmente protegidas. A escassez relativa e os elevados preços da terra urbana decorrentes de uma política de uso do solo inadequada colaboram para elevar os problemas habitacionais do país⁷³.

Neste contexto, o município de Guarulhos ocupa o quarto lugar no ranking nacional em número de favelas. Além das 356 favelas que possui, estima-se em 200 o número de loteamentos clandestinos e numa centena os irregulares. Feitas as contas, o município possui quase um terço da sua população — cerca de 400 mil pessoas — vivendo em condições precárias ou muito precárias, em áreas deserdadas, carentes de infraestrutura de acesso e de serviços, verdadeiros aglomerados urbanos ou protourbanos. Quase a totalidade dessas famílias mal vive ou sobrevive, sendo elevadíssimas as taxas de desemprego e a falta de oportunidades econômicas⁷⁴.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através da pesquisa por amostra no domicílio, 3,7 milhões de domicílios não têm banheiro nem sanitário. Das condições de saneamento básico, o esgotamento sanitário é o que está mais distante de atingir índice satisfatório, apesar da ocorrência de aumento da

proporção de domicílios ligados à rede geral de esgoto ou com fossa séptica em todas as áreas do País passou de 52,4%, em 1991, para 62,2%, em 2000. O Sudeste continua sendo a região com as melhores condições de esgotamento sanitário: passou de uma cobertura de 74% dos domicílios, em 1991, para 82,3%, em 2000. Dos 44,8 milhões de domicílios brasileiros, 7,5 milhões não tinham banheiro, e 3,7 milhões não tinham sequer sanitário, segundo levantamento do Censo 2000⁷⁵.

Guarulhos é a segunda maior cidade do Estado de São Paulo em população, com 1.286.523 habitantes, segundo dados do último censo do IBGE. Desse total, 75% da população conta com coleta de esgoto, no município, fato confirmado neste estudo⁷⁵.

Tabela 02 – Distribuição da população idosa segundo o arranjo familiar, migração ou procedência, religião, prática de atividade física, prática de lazer, residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família - Guarulhos 2009.

	Feminino		Masculino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Arranjo familiar						
Cônjuge e outros familiares	18	26,0	05	16,0	23	23,0
Cônjuge	17	25,0	14	45,0	31	31,0
Sozinho	34	49,0	12	39,0	46	46,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Migração/procedência						
Alagoas	09	13,0	05	16,0	14	14,0
Piauí	11	16,0	09	29,0	20	20,0
Bahia	20	29,0	08	26,0	28	28,0
Pernambuco	11	16,0	05	16,0	16	16,0
São Paulo	18	26,0	04	13,0	22	22,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Religião						
Católica	43	62,0	19	61,0	62	62,0
Evangélica	15	22,0	07	23,0	22	22,0
Espírita	09	13,0	05	16,0	14	14,0
Outras	02	03,0	--	----	02	02,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Prática de atividade física						
Sim	30	43,0	07	22,0	37	37,0
Não	39	57,0	24	78,0	63	63,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0
Atividades de lazer						
Sim	14	20,0	03	10,0	17	17,0
Não	55	80,0	28	90,0	83	83,0
Total	69	100,0	31	100,0	100	100,0

Em relação ao arranjo familiar, (46%) dos idosos vivem sozinhos, 23% vivem com o cônjuge e outros familiares e 21% vivem com seus respectivos cônjuges. A opção do idoso por morar sozinho ou acompanhado é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde, que podem atuar de formas distintas em cada região. Além desses, algumas características pessoais do indivíduo, relacionadas à configuração sociocultural e psicológica, parecem influenciar o tipo de arranjo domiciliar. Assim, morar sozinho, com o cônjuge, com filhos, outros parentes ou com uma pessoa de fora da família depende de uma série de fatores e de eventos que vão se conformando ao longo da vida do indivíduo⁷⁶.

O Censo 2000 verificou que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros, observando-se um aumento em relação a 1991, quando os idosos responsáveis representavam 60,4⁷⁷.

A preocupação recente em se estudar pessoas idosas deve-se ao fato de que em muitos países, como é o caso do Brasil, o processo de envelhecimento tem se dado de forma muito rápida e as condições socioeconômicas não permitiram que fossem instauradas medidas suficientes para cobrir as necessidades dessa população. Os estudos têm demonstrado que a família, co-residente ou não, por meio de seus apoios, tem tido um papel muito importante no bem-estar e qualidade de vida dos idosos. No entanto, as interações entre os familiares podem variar entre homens e mulheres, regiões mais ou menos urbanizadas, mais ricos em comparação com os mais pobres, tradições familiares, intervenção de apoios institucionais e características socioeconômicas do país^{78,79}.

A importância de focalizar o universo de idosos que moram sozinhos torna-se uma questão mais contundente quando se considera que a família, co-residente ou não, tem exercido um papel preponderante no bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Acrescente-se que, com o aumento na expectativa de vida, cresce o risco de os indivíduos idosos necessitarem de ajuda financeira ou assistência por parte da família para continuar desenvolvendo suas atividades, o que demanda tempo e alocação de recursos⁸⁰.

Dos idosos investigados, (78%) são provenientes da Região Nordeste do Brasil: Alagoas, Piauí, Bahia e Pernambuco respectivamente e 22% são do Estado de São Paulo.

Uma das principais características da migração é sua alta seletividade em relação a alguns atributos individuais. Entre estes atributos, um dos que mais afeta a

probabilidade de um indivíduo migrar ou não é a sua idade. À medida que ela avança, o indivíduo vai atravessando etapas do ciclo de vida que exercem influência sobre sua decisão de migrar. A busca por melhor qualificação, por emprego, renda e melhores condições de vida, por residência junto a familiares e a busca de suporte são alguns exemplos de estímulos, estreitamente relacionados às etapas do ciclo de vida, que muitas vezes culminam em migração⁸¹.

A migração dos idosos pode ter impactos importantes para as localidades envolvidas, tanto em termos da alteração da suas estruturas etárias, quanto em questões ligadas à assistência social, mercado de trabalho, oferta de serviços e mercado imobiliário. Além disto, com o envelhecimento da população brasileira, é provável que as migrações dos idosos ganhem importância nas próximas décadas. Daí a relevância de estudarmos estes deslocamentos e descobirmos em que medida eles afetam a organização da sociedade e do território⁸¹.

Embora não se saiba em que faixa etária tenha ocorrido a migração dos idosos, o Sistema de Informação da Atenção Básica, da Unidade de Saúde, mostra que nos 4 últimos anos, ocorreram muitas mudanças entre as famílias desta comunidade: famílias que se mudaram para outras localidades, e famílias novas que passaram a residir nessa comunidade.

Tratando-se da religião, dos idosos investigados, 62 (62%) são católicos. 22% evangélicos e 14% e espíritas. A minoria dos idosos 2% pertence a outras religiões.

Goldstein e Sommerhalder descreveram o enfoque motivacional à religiosidade, com duas abordagens: a substantiva e a funcional. A primeira focaliza a dimensão espiritual da experiência individual e os esforços pessoais para uma aproximação com a divindade. Na abordagem funcional, é enfatizado o papel da religiosidade como forma de busca de significado diante do desconhecido, bem como seus efeitos reguladores sobre o indivíduo, a família e a sociedade⁸².

Nessa perspectiva, Floriano e Dalgalarondo, apontam que há uma estrita relação da religiosidade/espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental, corroborando o que foi afirmado anteriormente sobre melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas. Além do mais, o aumento da religiosidade com o avançar da idade é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental também devido ao fortalecimento dos vínculos sociais e compartilhamento de crenças com pessoas que professam a mesma religião⁸³.

Nesse sentido, a velhice é a etapa do ciclo vital em que possivelmente a espiritualidade alcança maior importância concomitante ao fato de a saúde geralmente estar fragilizada.

Dos idosos investigados apenas 37% praticam atividade física, enquanto 63% não realizam nenhuma atividade.

Atualmente, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde⁸⁴.

Araújo ressalta que a atividade física ajuda também os idosos a entender as transformações pelas quais passam nas esferas biológicas (limitações físicas), psíquicas (morte de pessoas conhecidas) e sociais (perdas econômicas, produto da aposentadoria, perda da família, solidão e outros) quando inserida dentro de um contexto educacional que possibilite aos idosos compreenderem esses aspectos, auxiliando-os a assumir uma postura perante o envelhecimento, com as quais podem enfrentá-lo de forma consciente, livrando-se dos preconceitos existentes de si mesmos, assumindo a nova identidade como fase natural da vida⁸⁵.

Em relação à atividade de lazer, (83%) não participam de atividades de lazer. Apenas 17% referem esta prática. O lazer, ao longo dos anos, tem sido considerado o tempo livre do homem. Momento em que as pessoas podem desfrutar prazeres, tranquilidade e até descanso. Portanto, o lazer deve ser um momento, onde o indivíduo se empenha em algo que escolhe, que lhe dá prazer e que o modifica como pessoa. Os prazeres podem ser encontrados nas atividades lúdicas através do lazer. E, dentro deste quadro, encontramos os jogos, os brinquedos e as brincadeiras. Daí, a importância destes no cotidiano das pessoas⁸⁶.

É dever do poder público, preocupar-se com uma política que priorize ações que estimulem e beneficiem o idoso, nos segmentos da cultura, lazer, esporte e educação, tendo como meta a promoção da cidadania na terceira idade, preparando-os para uma maturidade e vida felizes, e ainda, proporcionar uma maior integração entre os idosos, oferecendo oportunidades do descobrimento de mais fontes de satisfação de vida, através do entretenimento e do lazer, motivando-os ao convívio social, descobrindo valores e estimulando-os a uma melhor qualidade de vida, pois é necessário não sentir a

presença da velhice como uma decadência. Pode-se permanecer jovem física e intelectualmente, através de vários meios, cuja eficácia é conhecida: vigiando a saúde, alimentação adequada, exercícios físicos, manutenção das faculdades intelectuais. Enfim, conservar um pensamento atento, positivo e otimista é escolher permanecer jovem na velhice⁸⁶

Tabela 03 – Distribuição da população idosa, segundo doença referida. Residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família - Guarulhos 2009.

Doença referida	sim		não		Total
	N	%	N	%	N
hipertensão	57	57,0	43	43,0	100
diabetes	29	29,0	71	71,0	100
colesterol alto	36	36,0	64	64,0	100
osteoporose	12	12,0	88	88,0	100
labirintite	15	15,0	85	85,0	100
catarata ocular	16	16,0	84	84,0	100
depressão	21	21,0	79	79,0	100
doença de Chagas	7	7,0	93	93,0	100
bronquite	11	11,0	89	89,0	100
HIV	2	2,0	98	98,0	100

Em relação à doença referida, 57 (57%) são hipertensos. Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto e patologias cardiovasculares eleva-se com a idade. Esse aumento supostamente está associado à interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade.

Em Guarulhos, Segundo o Sistema de Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), em março de 2009 havia um total de 712 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrada neste sistema com diagnóstico de hipertensão. O trabalho publicado por Santos e Cianciarullo, através de dados levantados por prontuários, apresentou (52%) de idosos hipertensos nesta mesma área de abrangência⁷¹.

O diabetes é uma das principais doenças crônicas que acometem a população, principalmente, os idosos. A crescente prevalência e os altos níveis de morbimortalidade tornam o diabetes um grave problema de saúde pública nos países em

desenvolvimento frente aos incrementos na expectativa de vida, uma vez que a prevalência da doença aumenta com a idade. Neste cenário de epidemia mundial em que o diabetes e suas complicações geram um alto custo humano, social e econômico as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o Brasil também são preocupantes. O país ocupa a sétima posição mundial em relação ao número de diabéticos na faixa etária de 35 a 64 anos e se estima que serão 11,3 milhões de diabéticos em 2030 no país, ou seja, mais que o dobro do número registrado em 2000 (4,5 milhões)⁸⁷.

No Sistema de informações *HIPERDIA* da Unidade de Saúde da Família, São Rafael estavam cadastrados 220 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em março de 2009. Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, Diabetes e outras), são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas⁸⁸.

Ainda em relação á doença referida, 36% dos idosos referiram ter colesterol alto. A prevalência das dislipidemias (colesterol alto) em idosos mostra-se variável de acordo com as características étnicas, sócioeconômicas e culturais de grupos populacionais distintos. No Brasil, raros são os estudos que determinam de forma fidedigna a real prevalência desta afecção em um número de indivíduos, estatisticamente representativos de uma população livre e geograficamente delimitada. A maior parte dos estudos envolve grupos restritos, limitados a determinada faixa etária, como pacientes ambulatoriais indivíduos com doença coronariana já estabelecida, ou utilizando bancos de dados secundários provenientes de laboratórios de análises clínicas. E, ao mesmo tempo, quase a totalidade desses, estudaram apenas os níveis de colesterol total, não permitindo a avaliação completa do perfil lipídico populacional⁸⁸.

A osteoporose referida em (12%) dos idosos, é considerada uma importante questão de saúde pública mundial devido a sua alta prevalência, em função dos seus efeitos devastadores na saúde física e psicossocial, com grandes prejuízos financeiros. Causa invalidez pelas deformidades e incapacidades dos indivíduos afetados e, pelo demorado tratamento das fraturas decorrentes da enfermidade, gera um ônus elevado⁸⁹.

Labirintite e catarata foram referidas por 15% dos idosos. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalves, quando estudou os benefícios da

atividade física na locomoção de idosos em terrenos irregulares após perturbação dos sistemas visual e vestibular⁹⁰.

Embora a catarata seja uma patologia com diagnóstico muito fácil e simples, ainda é a principal causa de deficiência visual relacionada ao envelhecimento, sobretudo nos países em desenvolvimento e nos subdesenvolvidos. As dificuldades socioeconômicas, a falta de educação e informação e as dificuldades na assistência médica especializada são os principais fatores a contribuir para esta calamitosa situação⁹⁰.

Neste sentido, Romani em seu estudo sobre transtornos oculares em idosos com idade igual ou superior a 80 anos, na cidade de Veranópolis-RS — teve como resultado, (n 200) 85% de idosos com catarata⁹¹. Neste estudo foi encontrado apenas 9% de idosos com esta patologia.

Depressão foi referida por 21% dos idosos com prevalência para o sexo feminino. As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves⁹²

A doença de Chagas foi referida por 7% dos idosos,. A falta de investigações sobre a doença de Chagas em indivíduos idosos contrasta com a importância da enfermidade nessa faixa etária para a compreensão de muitos pontos ainda não devidamente esclarecidos⁹³. Vale destacar que a maioria dos idosos pesquisados são provenientes da região nordeste onde ocorre a prevalência desta patologia.

A bronquite foi referida por 11% dos idosos investigados. Entre as causas de doença e óbito em idosos, a doença pulmonar obstrutiva crônica se destaca devido à sua alta prevalência e caráter progressivo. Compreende duas entidades: a bronquite crônica e o enfisema pulmonar, sendo o tabagismo sua principal causam. A doença pulmonar obstrutiva crônica é ainda pouco diagnosticada no Brasil e os dados epidemiológicos acerca da doença são escassos. A infecção respiratória também vem sendo apontada como uma das principais causas de morbi-mortalidade entre os idosos, podendo estar associada à exacerbação clínica da doença pulmonar obstrutiva crônica⁹⁴.

Finalmente, o HIV foi referido por 1% dos idosos investigados. Poucos estudos, até o presente momento, têm se dedicado a abordagem do tema HIV e envelhecimento, principalmente em nosso país. Pouquíssimos idosos procuram serviços de saúde para a

pesquisa voluntária do HIV. Muitos profissionais de saúde não suspeitam de que seus pacientes (geriátricos ou não) possam ser portadores do HIV⁹⁵.

Possivelmente, as doenças que surgem com o avanço da idade, podem levar ao envelhecimento precoce e a diminuição drástica da qualidade de vida.

7.0 Metodologia Estatística

Na primeira sessão é apresentada uma análise descritiva dos dados por meio de médias e erros padrões nos casos das variáveis quantitativas; e por meio de frequências absolutas e percentuais no caso das variáveis qualitativas. A análise inferencial consiste em Análise de Associação com os dados sóciodemográficos.

Associações entre as questões sóciodemográficas e os domínios das escalas foram verificadas para as variáveis qualitativas que possuem apenas duas categorias por meio de *Teste t de Student* ou *Teste de Mann-Whitney*, dependendo da normalidade dos dados⁹⁶.

Para as variáveis qualitativas com mais de duas categorias utilizou-se *Análise de Variância - ANOVA* ou *Teste de Kruskal-Wallis* dependendo novamente da normalidade dos dados. E para as variáveis quantitativas foram aplicados *Testes para Correlação de Spearman*. Para as conclusões foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$)⁹⁷.

7.1 Análise Descritiva

Inicialmente apresenta-se a análise descritiva dos dados, com o objetivo de caracterizar a população estudada. Para as variáveis qualitativas apresentamos em forma de tabelas as frequências relativas (%) e absolutas (N) das classes (categorias) de cada variável. Gráficos também são utilizados para a melhor visualização dos resultados. Para as variáveis quantitativas apresentamos médias e desvios padrões a fim de caracterizar as medidas propostas.

Tabela 04 – Distribuição da população idosa da Estratégia Saúde da Família. Média, mediana e desvio padrão. Município de Guarulhos, Abril. 2009

N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	1° quartil	3° quartil
100	68,51	6,219	60	90	65,00	68,00	70,75

A única variável quantitativa dos dados sóciodemográficos é a idade. Em média os idosos possuem 68,5 anos (desvio padrão 6,2 anos), as idades variam de 60 a 90 anos e 50% dos idosos possuem até 65 anos.

Tabela 05 – Medidas descritivas para domínios da Escala Whoqol-Bref, aplicada em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.

Domínio	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	1° quartil	3° quartil
Físico	100	11,926	2,2591	6,3	17,7	11,429	10,429	13,714
Psicológico	100	11,007	2,2850	6,0	24,7	11,333	10,000	12,000
Social	100	10,573	3,2893	5,3	20,0	10,667	8,000	12,000
Ambiental	100	11,245	2,0257	7,0	16,5	11,250	9,500	13,000
Geral	100	2,860	1,0567	1,0	6,5	2,500	2,000	3,500

A tabela acima mostra as medidas descritivas para os domínios da Escala Whoqol-Bref. O domínio com escore mais alto foi o *domínio físico*, com média de (11,3926) e desvio padrão de (2,2591). Este domínio avalia os seguintes itens: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. O escore mais baixo foi o *domínio ambiental* com média de (11,245) e desvio padrão de (2,0257) este domínio que é composto pelos seguintes itens: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte. A qualidade de vida geral obteve escore baixo, média ((2,860) e desvio padrão (1,0567).

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo que avaliou a qualidade de vida de idosos frequentadores de uma Universidade no Rio de Janeiro⁹⁸.

7.2. Análise de Associação

Há interesse de o pesquisador verificar a existência de associação entre as variáveis de sócio-demográficas e os domínios da escala WHOQOL Bref e as facetas da Escala WHOQOL Old. Dessa forma, foram aplicados para a verificação de diferença

entre grupos das variáveis qualitativas (sexo, hipertensão e situação de moradia). E para a variável quantitativa (idade) foi aplicado teste de correlação.

Para verificar diferença entre os sexos em: *domínio físico, domínio ambiental, faceta funcionamento do sensorio, faceta autonomia, faceta participação social e faceta morte e morrer* utilizamos o *Teste de Mann-Whitney*, pois essas medidas não apresentam distribuição normal. Enquanto para: *domínio psicológico, domínio social, domínio geral, faceta atividades passadas, presentes e futuras e faceta Intimidade*, foi utilizado o *Teste t de Student*, pois essas últimas medidas apresentaram distribuição normal.

TABELA 06 – Teste para verificação de diferença entre os sexos. Domínios Whoqol-Bref e facetas Whoqol-Old em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.

	Sexo		p-valor		
	Masculino (N=31)	Feminino (N=69)			
Domínio Físico - Bref	11,74	2,346	12,01	2,231	0,588
Domínio Ambiental - Bref	11,13	2,202	11,30	1,956	0,703
Faceta Funcionamento do Sensorio - Old	13,42	2,742	13,72	2,645	0,599
Faceta Autonomia - Old	10,71	2,735	11,12	2,564	0,475
Faceta Participação social - Old	10,68	3,166	10,90	2,777	0,725
Faceta Morte e morrer - Old	13,00	2,933	12,26	3,403	0,298
Domínio Psicológico - Bref**	11,33	(9,3-11,3)	11,33	(10,0-12,0)	0,299
Domínio Social - Bref**	10,67	(8,0-13,3)	10,67	(8,0-12,0)	0,848
Domínio Geral - Bref**	2,50	(2,0-4,0)	2,50	(2,0-3,5)	0,409
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Old**	11,00	(9,0-13,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,638
Faceta Intimidade - Old**	11,00	(10,0-14,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,241

*Teste t de Student, médias e desvios padrões; **Teste de Mann-Whitney, medianas e intervalos interquartílicos.

A tabela acima apresenta os resultados de verificação de diferenças entre os sexos masculino e feminino, correlacionados com os domínios do Whoqol-Bref e as facetas do Whoqol-Old. Não foram encontradas diferenças nessas correlações.

TABELA 07 – Teste para verificação de associação com a idade entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old, em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009

Domínios e facetas	Correlação	p-valor
Domínio Físico - Bref	-0,09	0,382
Domínio Psicológico - Bref	-0,15	0,143
Domínio Social - Bref	0,06	0,549
Domínio Ambiental - Bref	0,13	0,210
Domínio Geral - Bref	0,16	0,102
Faceta Funcionamento do Sensório - Old	-0,12	0,232
Faceta Autonomia - Old	-0,08	0,403
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Old	-0,06	0,538
Faceta Participação social - Old	-0,06	0,572
Faceta Morte e morrer - Old	0,06	0,537
Faceta Intimidade - Old	0,15	0,139

Os resultados de verificação de associação da faixa etária entre as facetas do Whoqol-Old e os domínios do Whoqol-Bref não apresentaram análise significativa.

TABELA 08 - Teste para verificação de diferença entre os idosos que referiram e que não referiram hipertensão. Correlação entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old.

	Hipertensão				p-valor
	sim (N=57)		não (N=43)		
Domínio Físico - Bref	11,73	2,122	12,19	2,430	0,319
Domínio Ambiental - Bref	11,23	1,937	11,27	2,161	0,924
Faceta Funcionamento do Sensório - Old	13,21	2,541	14,19	2,754	0,070
Faceta Autonomia - Old	10,79	2,505	11,26	2,752	0,379
Faceta Participação social - Old	10,19	2,669	11,67	2,982	0,010
Faceta Morte e morrer - Old	12,12	3,274	12,98	3,233	0,197
Domínio Psicológico - Bref**	10,7	(10,0-12,0)	11,3	(10,0-12,0)	0,461
Domínio Social - Bref**	10,7	(8,0-13,3)	10,7	(8,0-12,0)	0,321
Domínio Geral - Bref**	3,0	(2,0-3,75)	2,5	(2,0-3,5)	0,770
Atividades passadas, presentes e futuras - Old**	11,0	(9,0-12,5)	11,0	(10,0-14,0)	0,247
Intimidade - Old**	12,0	(10,0-14,0)	10,0	(10,0-12,0)	0,041

*Teste t de Student, médias e desvios padrões; **Teste de Mann-Whitney, medianas e intervalos interquartílicos.

Para verificar diferença entre a hipertensão, doença referida mais freqüente nos: *domínio físico, domínio ambiental, faceta funcionamento do sensório, faceta autonomia, faceta participação social e faceta morte e morrer* utilizamos o *Teste de Mann-Whitney*, pois essas medidas não apresentam distribuição normal. Enquanto para: *domínio psicológico, domínio social, domínio geral, faceta atividades passadas, presentes e futuras e faceta Intimidade*, foi utilizado o *Teste t de Student*, pois essas últimas medidas apresentaram distribuição normal. Ao nível de significância de 5%, a faceta intimidade apresenta diferença estatisticamente significativa em relação a hipertensão. A faceta intimidade avalia os seguintes itens: ter sentimento de companheirismo, sente amor em sua vida, ter oportunidade para amar e

ser amado. O impacto das doenças crônicas na pessoa idosa é um fator a ser considerado. Sabe-se que as doenças crônicas podem influenciar de forma negativa a qualidade de vida de pessoas idosas.

TABELA 09 – Teste para verificação de diferença entre os idosos de acordo com a situação de moradia. Correlação entre os domínios Whoqol-Bref e as facetas Whoqol-Old, aplicado em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família

	Moradia	N	Média	Desvio padrão	p-valor
Domínio Físico - Whoqol Bref	própria	55	12,052	2,2732	0,823
	alugada	24	11,810	2,1359	
	cedida	21	11,728	2,4419	
	Total	100	11,926	2,2591	
Domínio Ambiental - Whoqol Bref	própria	55	11,409	2,0550	0,519
	alugada	24	11,250	1,8533	
	cedida	21	10,810	2,1649	
	Total	100	11,245	2,0257	
Faceta Funcionamento do Sensório - Whoqol Old	própria	55	13,65	2,605	0,028
	Alugada*	24	14,58	2,412	
	Cedida*	21	12,48	2,768	
	Total	100	13,63	2,665	
Faceta Autonomia - Whoqol Old	própria	55	10,89	2,820	0,708
	alugada	24	11,38	2,651	
	cedida	21	10,81	1,990	
	Total	100	10,99	2,611	
Faceta Participação social - Whoqol Old	própria	55	11,22	2,747	0,184
	alugada	24	9,92	2,717	
	cedida	21	10,86	3,321	
	Total	100	10,83	2,889	
Faceta Morte e morrer - Whoqol Old	própria	55	12,65	3,056	0,612
	alugada	24	12,67	3,384	
	cedida	21	11,86	3,732	
	Total	100	12,49	3,268	

	Moradia	N	Mediana	Intervalo Interquartilico	p-valor
Domínio Psicológico - Whoqol Bref	própria	55	11,33	10-12	0,736
	alugada	24	11,33	10-12	
	cedida	21	10,67	9,3-11,7	
	Total	100	11,33	10,0-12,0	
Domínio Social - Whoqol Bref	própria	55	10,67	8,0-13,3	0,870
	alugada	24	10,67	8,0-12,0	
	cedida	21	10,67	7,3-12,0	
	Total	100	10,67	8,0-12,0	
Domínio Geral - Whoqol Bref	própria	55	2,50	2,0-3,5	0,577
	alugada	24	3,00	2,0-3,9	
	cedida	21	3,00	2,2-3,8	
	Total	100	2,50	2,0-3,5	
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Whoqol Old	própria	55	11,00	9,0-13,0	0,979
	alugada	24	11,00	10,0-12,8	
	cedida	21	12,00	9,0-13,0	
	Total	100	11,00	10,0-13,0	
Faceta Intimidade - Whoqol Old	própria	55	11,00	10,0-13,0	0,633
	alugada	24	12,00	10,0-13,0	
	cedida	21	11,00	10,0-14,5	
	Total	100	11,00	10,0-13,0	

* apresenta diferença significativa.

Para verificar diferença entre os tipos de moradia em: *domínio físico, domínio ambiental, faceta funcionamento dos sentidos, faceta autonomia, faceta participação social e faceta morte e morrer* utilizamos o *Teste ANOVA*, pois essas medidas não apresentam distribuição normal. Enquanto para: *domínio psicológico, domínio social, domínio geral, faceta atividades passadas, presentes e futuras e faceta Intimidade*, foi utilizado o *Teste de Kruskal-Wallis*, pois essas últimas medidas apresentaram distribuição normal.

Não foi encontrado nenhum estudo que fizesse correlação entre a faceta funcionamento dos sentidos com o fato do idoso morar em casa alugada ou cedida. Neste estudo a situação de moradia foi avaliada de forma negativa quando relacionada à faceta perda dos sentidos.

Tabela 10 - Correlação entre as medidas de qualidade de vida da população idosa na Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos, abril 2009.

Domínios		Facetas					
		Funcionamento do Sensório	Autonomia	Atividades passadas, presentes e futuras*	Participação social	Morte e morrer	Intimidade*
Físico	Correlação	0,135	-0,103	0,042	0,209	0,132	0,041
	p-valor	0,179	0,308	*0,679	0,037	0,189	*0,682
Psicológico*	Correlação	0,190	0,008	-0,053	0,100	0,085	0,022
	p-valor	*0,058	*0,939	*0,603	*0,323	*0,400	*0,829
Social*	Correlação	0,113	0,108	-0,097	0,054	0,070	0,120
	p-valor	*0,262	*0,283	*0,336	*0,594	*0,486	*0,235
Ambiental	Correlação	0,183	-0,101	0,192	0,245	0,266	0,021
	p-valor	0,069	0,319	*0,055	0,014	0,008	*0,837
Geral*	Correlação	-0,084	0,046	-0,050	-0,084	0,028	0,199
	p-valor	*0,407	*0,650	*0,623	*0,407	*0,786	*0,047

* Correlações de Spearman. As demais são correlações de Pearson

A tabela 05 apresenta as correlações entre os domínios da WHOQOL Bref e as facetas da WHOQO-OLD. Quando pelo menos uma das medidas de qualidade de vida não apresenta normalidade é utilizada a correlação de Spearman, por ser mais adequada. Nos demais casos, quando é verificada a normalidade para ambas as medidas envolvidas a correlação de Pearson foi utilizada. A correlação foi significativa entre: domínio Físico e faceta Participação Social; domínio Ambiental e as facetas Participação Social e Morte e Morrer, no entanto, todas com valores menores que 0,30 indicando que as relações são fracas.

O domínio físico do Whoqol-Bref refere-se aos seguintes itens: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida quotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. A faceta participação social do

Whoqol-Old refere-se aos seguintes itens: satisfeito com a maneira com a qual usa seu tempo, satisfeito com seu nível de atividade, tem o suficiente para fazer em cada dia, satisfação com as oportunidades para participar de atividades na comunidade.

Os resultados da tabela acima mostram que a qualidade de vida dos idosos pesquisados é influenciada por diversas situações que fazem parte da maioria dos idosos tais como: dor, desconforto, dependência de medicação, dificuldades de mobilização, sono e repouso, falta de oportunidade para o trabalho, ausência de participação na comunidade.

Neste sentido, merece destaque o estudo de Pereira et al, quando avaliaram a Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos residentes no município de Teixeira — no qual os resultados foram semelhantes na correlação dos domínios do Whoqol-Bref e as facetas do Whoqol-Old MG⁹⁹.

Tabela11 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família de acordo com a ocupação.

Domínio e Facetas	Ocupação	N	Média	Desvio padrão	p-valor
Domínio Físico - Whoqol Bref	Aposentado(a)	51	11,429	2,1135	0,001
	Dona de casa	16	13,071	2,0217	
	Faxineiro(a)	11	10,390	1,7298	
	Pedreiro	6	12,667	1,2211	
	Nenhuma	16	13,143	2,5384	
	Total	100	11,926	2,2591	
Domínio Psicológico - Whoqol Bref	Aposentado(a)	51	10,993	2,8856	0,951
	Dona de casa	16	11,083	1,8359	
	Faxineiro(a)	11	11,394	1,2094	
	Pedreiro	6	10,444	,8074	
	Nenhuma	16	10,917	1,3744	
	Total	100	11,007	2,2850	
Domínio Social - Whoqol Bref	Aposentado(a)	51	10,719	3,2764	0,743
	Dona de casa	16	10,083	3,1163	
	Faxineiro(a)	11	9,939	4,5554	
	Pedreiro	6	12,000	3,6757	
	Nenhuma	16	10,500	2,4766	
	Total	100	10,573	3,2893	
Domínio Ambiental - Whoqol Bref	Aposentado(a)	51	11,765	2,0232	0,012
	Dona de casa	16	10,000	1,7029	
	Faxineiro(a)	11	10,773	1,8078	
	Pedreiro	6	10,083	2,3962	
	Nenhuma	16	11,594	1,7437	
	Total	100	11,245	2,0257	
Domínio Geral - Whoqol Bref	Aposentado(a)	51	2,853	1,0691	0,792
	Dona de casa	16	3,094	1,3810	
	Faxineiro(a)	11	2,591	,8312	
	Pedreiro	6	2,667	,9309	
	Nenhuma	16	2,906	,8797	
	Total	100	2,860	1,0567	
Faceta Funcionamento do Sensório - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	13,59	2,794	0,946
	Dona de casa	16	13,56	1,590	
	Faxineiro(a)	11	14,27	2,611	
	Pedreiro	6	13,50	1,761	
	Nenhuma	16	13,44	3,521	
	Total	100	13,63	2,665	
Faceta Autonomia - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	10,84	2,796	0,969
	Dona de casa	16	11,38	2,187	
	Faxineiro(a)	11	11,09	1,868	

	Pedreiro	6	10,83	1,472	
	Nenhuma	16	11,06	3,296	
	Total	100	10,99	2,611	
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	11,20	2,030	
	Dona de casa	16	11,94	3,087	
	Faxineiro(a)	11	10,82	1,940	0,674
	Pedreiro	6	11,00	3,521	
	Nenhuma	16	11,75	2,380	
	Total	100	11,35	2,350	
Faceta Participação social - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	10,73	2,967	
	Dona de casa	16	11,63	3,667	
	Faxineiro(a)	11	10,36	2,111	0,323
	Pedreiro	6	12,50	2,881	
	Nenhuma	16	10,06	1,982	
	Total	100	10,83	2,889	
Faceta Morte e morrer - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	12,92	3,211	
	Dona de casa	16	11,19	3,391	
	Faxineiro(a)	11	10,45	3,078	0,035
	Pedreiro	6	12,67	2,338	
	Nenhuma	16	13,75	3,044	
	Total	100	12,49	3,268	
Faceta Intimidade - Whoqol Old	Aposentado(a)	51	11,59	3,377	
	Dona de casa	16	11,69	3,092	
	Faxineiro(a)	11	10,45	2,622	0,650
	Pedreiro	6	12,33	3,204	
	Nenhuma	16	12,31	3,198	
	Total	100	11,64	3,199	

A *tabela 06* apresenta as comparações entre os tipos de ocupação para os domínios da WHOQOL Bref e as facetas da WHOQOL Old. Nos grupos, todas as medidas apresentaram normalidade dessa forma foi utilizada ANOVA na verificação de diferenças. Os domínios Físico e Ambiental apresentaram diferenças significativas. Assim como a faceta Morte e Morrer.

Tabela12 Comparações múltiplas entre as ocupações dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.

Domínios ou Faceta	Ocupações comparadas		p-valor
Domínio Físico - Whoqol Bref	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Dona de casa</i>	0,008
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,140
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,175
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,005
	<i>Dona de casa</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,002
	<i>Dona de casa</i>	<i>Pedreiro</i>	0,688
	<i>Dona de casa</i>	<i>Nenhuma</i>	0,924
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,035
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,001
	<i>Pedreiro</i>	<i>Nenhuma</i>	0,637
Domínio Ambiental - Whoqol Bref	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Dona de casa</i>	0,002
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,126
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,047
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,758
	<i>Dona de casa</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,310
	<i>Dona de casa</i>	<i>Pedreiro</i>	0,928
	<i>Dona de casa</i>	<i>Nenhuma</i>	0,022
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,484
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,281
	<i>Pedreiro</i>	<i>Nenhuma</i>	0,106
Faceta Morte e morrer - Whoqol Old	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Dona de casa</i>	0,059
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,021
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,852
	<i>Aposentado(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,363
	<i>Dona de casa</i>	<i>Faxineiro(a)</i>	0,555
	<i>Dona de casa</i>	<i>Pedreiro</i>	0,331
	<i>Dona de casa</i>	<i>Nenhuma</i>	0,024
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Pedreiro</i>	0,171
	<i>Faxineiro(a)</i>	<i>Nenhuma</i>	0,009
	<i>Pedreiro</i>	<i>Nenhuma</i>	0,476

Pela ANOVA anterior verifica-se que existe diferença entre os tipos de ocupação para os domínios Físico e Ambiental e para a faceta Morte e Morrer. Abaixo, apresentamos as comparações múltiplas para identificar quais ocupações apresentam diferenças.

Identificamos no domínio Físico diferença entre: Aposentado (a) (escore médio de 11,43) e Dona de casa (escore médio 13,07) e, ainda, entre Aposentado (a) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,14), indicando que Aposentado (a) possui pior qualidade de vida Física que Dona de casa ou idosos com Nenhuma ocupação; Dona de casa (escore médio 13,07) e Faxineiro (escore médio 10,39), indicando pior qualidade de vida Física para Faxineiro em relação à Dona de casa; Faxineiro (escore médio 10,39) e Pedreiro (escore médio 12,67) e, ainda, entre Faxineiro e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,14), indicando que Faxineiro possui pior qualidade de vida Física que Pedreiro ou idosos com Nenhuma ocupação.

No domínio Ambiental identificamos diferença entre: Aposentado (escore médio 11,76) e Dona de casa (escore médio 10,00) e, ainda, entre Aposentado e Pedreiro (escore médio 10,08), indicando uma melhor qualidade de vida Ambiental para Aposentado, em relação à Dona de casa e Pedreiro; Dona de casa (escore médio 10,00) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 11,59), indicando pior qualidade de vida Ambiental de Dona de casa em relação a idosos com Nenhuma ocupação.

Já na faceta Morte e Morrer, identificamos diferença entre: Aposentado (a) (escore médio 12,92) e Faxineiro (a) (escore médio 10,45), indicando melhor qualidade de vida na faceta Morte e Morrer para Aposentado (a) em relação a Faxineiro (a); Dona de casa (escore médio 11,19) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,75), indicando pior qualidade de vida na faceta Morte e Morrer de Dona de casa em relação a idosos com Nenhuma ocupação.

Tabela 13 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a prática de lazer. Guarulhos 2009.

Domínio e Facetas	Lazer	N	Média (*Mediana)	Desvio padrão (*intervalo interquartilico)	p-valor
Domínio Físico - Whoqol Bref	sim	17	12,571	1,6413	0,197
	não	83	11,793	2,3520	
Domínio Psicológico - Whoqol Bref*	sim	17	*11,333	*(10,0-11,3)	0,824
	não	83	*11,333	*(10,0-12,0)	
Domínio Social - Whoqol Bref*	sim	17	*10,667	*(8,0-11,3)	0,528
	não	83	*10,667	*(8,0-13,3)	
Domínio Ambiental - Whoqol Bref	sim	17	10,647	1,3780	0,086
	não	83	11,367	2,1200	
Domínio Geral - Whoqol Bref	sim	17	2,882	,8932	0,924
	não	83	2,855	1,0919	
Faceta Funcionamento do Sensório - Whoqol Old	sim	17	14,06	2,680	0,469
	não	83	13,54	2,670	
Faceta Autonomia - Whoqol Old	sim	17	11,29	2,932	0,601
	não	83	10,93	2,556	
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Whoqol Old	sim	17	11,24	1,821	0,826
	não	83	11,37	2,453	
Faceta Participação social - Whoqol Old	sim	17	11,71	2,845	0,171
	não	83	10,65	2,882	
<i>Faceta Morte e morrer - Whoqol Old</i>	sim	17	<i>14,24</i>	<i>2,488</i>	<i>0,015</i>
	não	83	<i>12,13</i>	<i>3,305</i>	
Faceta Intimidade - Whoqol Old	sim	17	11,82	3,167	0,797
	não	83	11,60	3,223	

*Testes de Mann-Whitney. Os demais foram testes t de student.

A *tabela 08* apresenta as comparações entre a prática de atividade de lazer para os domínios da WHOQOL Bref e as facetas da WHOQOL Old. Nos grupos, as medidas dos domínios Psicológico e Social não apresentaram normalidade dessa forma foi

utilizado o Teste de Mann-Whitney, para as demais se utilizou o Teste t de Student na verificação de diferenças. Apenas a faceta Morte e Morrer apresentou diferença significativa com escore maior para quem realiza Atividades de Lazer (escore médio 14,24).

Tabela 14 - Teste para verificação de diferença entre os idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de acordo com a prática de atividade física. Guarulhos 2009

Domínio e Facetas	Lazer	N	Média	Desvio padrão	p-valor
Domínio Físico - Whoqol Bref	sim	37	12,000	2,406	0,802
	não	63	11,882	2,187	
Domínio Psicológico - Whoqol Bref	sim	37	11,495	2,808	0,101
	não	63	10,720	1,879	
Domínio Social - Whoqol Bref	sim	37	11,099	3,598	0,222
	não	63	10,265	3,082	
Domínio Ambiental - Whoqol Bref	sim	37	11,649	2,044	0,127
	não	63	11,008	1,993	
Domínio Geral - Whoqol Bref	sim	37	2,838	0,913	0,873
	não	63	2,873	1,139	
Faceta Funcionamento do Sensório - Whoqol Old	sim	37	14,27	2,825	0,065
	não	63	13,25	2,514	
Faceta Autonomia - Whoqol Old	sim	37	11,32	2,769	0,329
	não	63	10,79	2,515	
Faceta Atividades passadas, presentes e futuras - Whoqol Old	sim	37	11,41	2,061	0,858
	não	63	11,32	2,520	
Faceta Participação social - Whoqol Old	sim	37	10,86	2,275	0,927
	não	63	10,81	3,212	
Faceta Morte e morrer - Whoqol Old	sim	37	12,54	3,469	0,906
	não	63	12,46	3,172	
Faceta Intimidade - Whoqol Old	sim	37	11,86	3,075	0,593
	não	63	11,51	3,287	

*Testes de Mann-Whitney. Os demais foram testes t de student.

A *tabela 09* apresenta as comparações entre a prática de atividade de física para os domínios da WHOQOL Bref e as facetas da WHOQOL Old. Nos grupos, todas as medidas apresentaram normalidade dessa forma foi utilizado o Teste t de Student na verificação de diferenças. Nenhum dos domínios ou das facetas apresentou diferença significativa.

Tabela 15 - Medidas descritivas das facetas da Escala Whoqol-Old. Aplicado em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Guarulhos 2009.

Facetas	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	1° quartil	3° quartil
Funcionamento do Sensório	100	13,63	2,665	6	19	14,00	12,00	16,00
Autonomia	100	10,99	2,611	5	19	11,00	9,00	13,00
Atividades passadas, presentes e futuras	100	11,35	2,350	7	19	11,00	10,00	13,00
Participação social	100	10,83	2,889	5	19	11,00	9,00	12,00
Morte e morrer	100	12,49	3,268	4	19	13,00	10,00	15,00
Intimidade	100	11,64	3,199	4	20	11,00	10,00	13,00
Geral	100	70,00	7,43	56	88	70,00	66,00	76,00

A tabela acima mostra que o *funcionamento sensorial* (13,63) corresponde ao domínio representado pela perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) que pode afetar a vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas. Para os idosos estudados, esta avaliação mostrou-se positiva para a qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Torres et al, quando avaliaram a qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de Jequié-BA¹⁰⁰.

Os idosos participantes deste estudo avaliaram de forma negativa a faceta *autonomia* (10,99). Essa faceta envolve a liberdade de tomar suas próprias decisões, de sentir que controla seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade. A autonomia dos idosos reflete diretamente na sua participação social, pois o capacita a participar de um processo no qual interagem aspectos externos e internos à sua escolha. Assim, a autonomia é um dos determinantes básicos para uma boa qualidade de vida¹⁰¹.

Em relação às *atividades passadas, presentes e futuras (PPF)*, mostrou-se positiva na avaliação da qualidade de vida dos idosos ((11,35). Essa faceta avalia o grau de satisfação do idoso em relação ao seu futuro, satisfação com as oportunidades para alcançar outras realizações, reconhecimento merecido, satisfação com tudo que alcançou na vida.

A faceta *participação social* foi negativa (10,83). Essa faceta refere-se ao uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade.

As pessoas idosas que estão integradas em suas famílias e/ou no meio social têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrarem maior capacidade de se

recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade¹⁰².

As facetas, *morte e morrer* (12,49) e *intimidade* (11,64) tiveram avaliação positiva. A faceta morte e morrer refere-se ao grau de preocupação do idoso com a maneira pela qual irá morrer medo de não poder controlar a sua morte, medo de morrer e sentir dores durante a morte. A faceta intimidade por sua vez, é representada pelo sentimento de companheirismo, de se sentir amado (a) e oportunidade de amar e ser amado (a).

8.0 CONCLUSÕES

A realização deste estudo proporcionou uma avaliação sobre a qualidade de vida (QV) de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, com vistas à sua percepção, a partir da identificação dos aspectos sócio-demográficos que os envolvem, além dos aspectos relacionados com a qualidade de vida, medidas pelas facetas do WHOQOL-OLD e os domínios do WHOQOL-BREF.

Os participantes, idosos, incluindo 69 mulheres e 31 homens reafirmam a presença maior do sexo feminino em relação ao sexo masculino na velhice brasileira, já analisada por vários autores como, Berquó (2006), Debert (2005)^{103,104} e vários outros, que atribuem o fenômeno ao cuidado que a mulher tem com a saúde, em conjunto com os riscos aos quais estão submetidos os homens, ao longo da vida, e que os levam a morrerem primeiro em relação às mulheres.

Em relação à idade, houve uma maior proporção de idosos entre 60-69 anos (65%). Se por um lado, trata-se de algo positivo, por outro, o aumento cada vez maior da expectativa de vida, atualmente em 72,1 anos de acordo com dados do IBGE (2006)¹⁰⁵, por outro não há garantias de que essa população esteja vivendo com qualidade de vida. Em geral, observa-se uma fase da vida suscetível ao aumento das fragilidades nos idosos, muitos dos quais portadores de uma ou mais doenças crônicas, que, certamente demandam maior atendimento e cuidados em saúde.

Desta população de idosos do município de Guarulhos-SP, 39% eram de cor branca, 1% raça amarela e 60% afro-descendentes (negros e pardos).

Quanto à escolaridade, 40% dos participantes deste estudo são alfabetizados e 60% possuem o ensino fundamental incompleto, indicando nível de escolaridade baixa, contribuindo para qualidade de vida ruim impondo limitações tais como: dificuldade em ler receita, tomar medicamento, verificar data de consulta e retorno, entre outras.

No tocante a ocupação, (51%) são aposentados, 16% donas de casa, 11% faxineiros (as), 6% pedreiros e 16% não possuem nenhuma ocupação. É importante destacar que a atividade laboral dos idosos neste estudo, nem sempre se aplica ao fato do idoso trabalhar para manter-se ocupado e útil para a sociedade, muitos idosos exercem atividades laborais, por não terem estarem aposentados e na maioria das vezes com a finalidade de complementar a renda da família.

Quanto à renda familiar, observamos os seguintes resultados: (87%) dos idosos possuem renda familiar de 1 a 3 salário mínimo, e (13%) de 4 a 6 salários mínimo. Embora não tenha sido levantada uma questão específica se o idoso era ou não o chefe da família, observou-se durante a coleta de dados, que os idosos que residiam com seus familiares, participavam integralmente com os rendimentos provenientes das aposentadorias e pensões.

Em relação à situação de moradia (55%) dos idosos investigados possuem casa própria, 24% moram em casas alugadas e 21% em casas cedidas. Observou-se neste estudo, que os idosos que moram em casas alugadas ou cedidas, na maioria das vezes são precárias as condições da moradia, por vezes sem canalização de esgoto e ruas sem pavimentação, causando transtornos para os idosos e causando impacto na qualidade de vida.

Tratando-se do tipo de casa, (77%) são casas construídas de tijolos e possui rede de esgotos, 23% são casas de madeira (barraco) e não possui rede de esgoto. Observa-se neste estudo que os idosos que moram em casas sem rede de esgoto, estão mais vulneráveis às doenças, pois convivem com esgoto a céu aberto e precárias condições de saneamento, ausência de água canalizadas no domicílio entre outros.

Quanto ao arranjo familiar, (46%) dos idosos vivem sozinho, 31% com seus respectivos cônjuges e 23% vivem em companhia dos cônjuges e familiares. Embora não tenha sido verificado o grau de parentesco dos idosos que vivem com familiares, observa-se que o fato dos idosos morarem junto aos filhos não significa que sejam bem tratados ou respeitados. Por outro lado, o fato dos idosos morarem sós não significa o abandono por parte da família. Este fenômeno parece concretizar alternativas ou novos arranjos sociais, que resultam na preservação da autonomia e independência, criados pelas pessoas mais velhas.

Ao verificar a migração ou procedência dos idosos investigados, grande maioria (78%) é proveniente da Região Nordeste do Brasil e 22% são do Estado de São Paulo.

Segundo estudo de Veras (2001), uma explicação possível para este fato é que o processo migratório do campo para a cidade, ou de uma região para outra, vai confirmando, ao longo do tempo, distintos arranjos familiares e domésticos, os quais com o passar da idade, adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de insegurança ou de vulnerabilidade e, portanto, em risco de afeições psicológicas que se refletem na sua qualidade de vida¹⁰⁶.

Em relação à dimensão religiosa, Neri enfatiza que as atividades religiosas podem vir a ser percebidas como ocupando um lugar de destaque na vida de uma pessoa mais velha. Neste período da vida outras atividades e envolvimento sofrem certa retração em decorrência da aposentadoria, viuvez ou término de responsabilidade e papéis, principalmente para uma população inserida numa cultura que valoriza a expressão religiosa. Dados da literatura sugerem que exista uma relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. A religiosidade, especialmente quando leva a um aumento do envolvimento interpessoal parece ser uma importante fonte de satisfação na vida e também um recurso para lidar com o estresse¹⁰⁷. Neste estudo observou-se que a grande maioria (62%) dos idosos entrevistados é católica, 22% evangélica, 14% espírita e 2% outras religiões.

Em relação à prática de atividade física, apenas 37% dos idosos possuem essa prática. Embora não tenha sido levantada uma questão específica sobre que tipo de atividade física seria comum entre os idosos, a caminhada é a prática mais comum de atividade física nessa população, observou-se durante a realização deste estudo. Se por um lado diversas pesquisas apontam que o sedentarismo, combinado a outros fatores de risco, contribui para a ocorrência de um conjunto de doenças crônicas, como: diabetes, osteoporose, câncer de cólon, de pulmão e de próstata e, sobretudo, doenças cardiovasculares, por outro lado busca se compreender que muitos idosos possuem limitações que os impedem de praticar atividade física, não havendo nesta comunidade, nenhum programa específico, voltado pra atividade física de pessoas com limitações.

A prática de lazer foi constatada em apenas 17% dos idosos investigados. Nas últimas décadas, assistimos a um interesse crescente pelos estudos do lazer, estamos hoje visualizando este mesmo interesse voltando-se para o estudo do envelhecimento. Lazer e envelhecimento ganham espaço no campo da investigação científica, entretanto estudos que abordem a relação entre estas duas áreas ainda são incipientes, necessitando de muita investigação. Tratando-se especificamente da área de abrangência, cenário deste estudo, percebe-se a ausência total de opções de lazer para a população em geral. A forma de lazer expressado pelos idosos investigados, possivelmente, são as festas religiosas e festas particulares (aniversário, casamento), que ocorre na própria comunidade.

Em relação às doenças referidas, (57%) são hipertensos, 29% diabéticos, 36% colesterol alto, osteoporose 12%, catarata 15%, labirintite 15%, depressão 21%, doença de chagas 7%, bronquite 11% e HIV 2%.

Sabe-se que o processo de envelhecimento não está necessariamente relacionado a doenças crônicas e incapacidades, tais doenças são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam uma ou mais doenças crônicas. Assim, o aumento do número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, pois o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade pode proporcionar maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e conseqüentemente da qualidade de vida na velhice.

Percebeu-se durante a realização deste estudo, que algumas doenças não foram mencionadas pelos idosos, tais como: tuberculose, vitiligo, hanseníase, úlceras varicosas, incontinência urinária, surdez, artrite, artrose, gastrite, micoses entre outras. As doenças citadas são muito comuns entre os idosos residentes nesta área de abrangência, possivelmente essas doenças não foram mencionadas, devido a estimas, ou talvez essas doenças não tenham importância ou impacto na vida dos idosos investigados.

Se a tentativa de avaliar “qualidade de vida”, por si só é uma tarefa difícil, quando se trata de avaliá-la em idosos, a dificuldade é maior, pois há escassez de instrumentos específicos para essa faixa etária. Por outro lado, provavelmente há entre os idosos, desconforto em responder acerca de qualidade de vida, pois isso pode induzir à comparação de sua condição atual com a de sua própria juventude. De modo que, sem um questionário específico, pode se obter resultados enviesados, em uma avaliação.

Neste estudo, utilizou-se a correlação entre os domínios do Whoqol-Bref e as facetas do Whoqol-Old, onde a correlação foi significativa entre: domínio Físico e faceta Participação Social; domínio Ambiental e as facetas Participação Social e Morte e Morrer, no entanto, todas com valores menores que 0,30 indicando que as relações são fracas.

A correlação Indica que a qualidade de vida dos idosos é ruim no contexto dos itens avaliados pelo *domínio físico*: (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho). A faceta participação social: (satisfação com o uso do tempo, satisfação com o nível de atividade, ter o suficiente para fazer em cada dia, satisfação com as oportunidades de participar de atividades comunitárias).

O teste para verificação de diferença entre os idosos de acordo com a ocupação mostra que o *domínio Físico e Ambiental* apresentou diferenças significativas. Assim como a faceta Morte e Morrer. Nas comparações múltiplas para identificar quais ocupações apresentam diferenças, encontramos os seguintes resultados: no *domínio Físico* diferença entre: aposentado (a) (escore médio de 11,43) e Dona de casa (escore médio 13,07) e, ainda, entre Aposentado(a) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,14), indicando que Aposentado(a) possui pior qualidade de vida Física que Dona de casa ou idosos com Nenhuma ocupação; dona de casa (escore médio 13,07) e Faxineiro (escore médio 10,39), indicando pior qualidade de vida Física para Faxineiro em relação à Dona de casa; faxineiro (escore médio 10,39) e Pedreiro (escore médio 12,67) e, ainda, entre Faxineiro e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,14), indicando que Faxineiro possui pior qualidade de vida Física que Pedreiro ou idosos com nenhuma ocupação.

No domínio Ambiental identificamos diferença entre: aposentado (a) (escore médio 11,76) e Dona de casa (escore médio 10,00) e, ainda, entre Aposentado(a) e Pedreiro (escore médio 10,08), indicando uma melhor qualidade de vida Ambiental para Aposentado (a) em relação à Dona de casa e Pedreiro; dona de casa (escore médio 10,00) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 11,59), indicando pior qualidade de vida Ambiental de Dona de casa em relação a idosos com Nenhuma ocupação.

Já na faceta Morte e Morrer, identificamos diferença entre: aposentado(a) (escore médio 12,92) e Faxineiro(a) (escore médio 10,45), indicando melhor qualidade de vida na faceta Morte e Morrer para Aposentado(a) em relação a Faxineiro(a); dona de casa (escore médio 11,19) e idosos com Nenhuma ocupação (escore médio 13,75), indicando pior qualidade de vida na faceta Morte e Morrer de Dona de casa em relação a idosos com Nenhuma ocupação.

O teste das comparações entre a prática de atividade de lazer para os domínios da WHOQOL-Bref e as facetas da WHOQOL-Old. Nos grupos, as medidas dos domínios Psicológico e Social não apresentaram normalidade dessa forma foi utilizado

o Teste de Mann-Whitney, para as demais se utilizou o Teste t de Student na verificação de diferenças. Apenas a faceta Morte e Morrer apresentou diferença significativa com escore maior para quem realiza Atividades de Lazer (escore médio 14,24).

Realizou-se o teste de comparações entre a prática de atividade de física para os domínios da WHOQOL Bref e as facetas da WHOQOL Old. Nos grupos, todas as medidas apresentaram normalidade dessa forma foi utilizado o Teste t de Student na verificação de diferenças. Nenhum dos domínios ou das facetas apresentaram diferença significativa.

Por meio deste estudo, percebeu-se a importância de estudar o idoso dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, a fim de que os resultados gerados por este estudo possam transforma-se em subsídios para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade local.

9.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, ocorre tanto por demanda espontânea quanto por busca ativa — que é identificada por meio de visitas domiciliares, consiste em um processo diagnóstico que envolve varias dimensões. Esse diagnóstico pode ser influenciado por diversos fatores tais como: ambiente onde vive o idoso, a relação entre o profissional de saúde e o idoso e a sua família, história clinica da pessoa idosa, aspectos biológicos, psíquicos funcionais e sociais da pessoa idosa.

Diante da rapidez com que o envelhecimento populacional tem ocorrido principalmente em nosso país, trazendo consigo importantes conseqüências nos aspectos políticos, social, cultural e epidemiológico, os resultados deste estudo podem contribuir significativamente em ações que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes nesta área de abrangência sob responsabilidade da Estratégia Saúde da Família.

A proximidade do pesquisador em relação aos idosos residentes nesta comunidade facilitou a realização deste estudo. Através do contato diário com os idosos desta comunidade, percebi que a qualidade de vida destes compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos podem ser apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, eficácia, produtividade, continuidade de papeis familiares e até mesmo as relações informais com amigos.

A tentativa de se avaliar qualidade de vida em pessoas idosas vai além da simples aplicação de um instrumento; tratando-se da pessoa idosa, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada individuo vivencia a velhice, o que pode variar entre dois extremos (muito bom ou péssimo). Assim, acredito que avaliação da qualidade de vida depende, na maioria das vezes, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos que ocorrem individualmente, por exemplo, a perda dos sentidos pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes.

Finalmente, que esse estudo, através de suas reflexões, possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos residentes nesta área de abrangência da Estratégia Saúde da Família e desafiar outros pesquisadores sobre essa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto Whoqol-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 Dec [cited 2009 June 21]; 37(6): 793-799. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000600016&lng=en. Doi: 10.1590/S0034-89102003000600016.
- 2- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2002; 10(6): 757-64.
- 3- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/EDUERJ; 1994.
- 4- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Textos para discussão. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
- 5- Costa EFA, Porto CC, Soares CC. Envelhecimento populacional Brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Revista da Universidade Federal de Goiás. V. 5, n. 2, 2003.
- 6- Neto MP. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In EV Freitas et al. (Eds), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan, RJ. 2005.
- 7- Treas J. (1995). Older Americans in the 1990 and beyond. Population Bulletin, 50 (2). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- 8- ____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. Suplemento Saúde. Rio de Janeiro: 2004.
- 9- Trentini CM. Qualidade de vida em idosos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre, 2004.
- 10- ____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- 11- ____ Cadernos de Informações em saúde – São Paulo – Guarulhos. Acesso em 01/04/2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>.
- 12- Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 13- ____ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Series A. Normas e Manuais Técnicos). 2004.

- 14- Birren JE, Schroots JJE. History, concepts, and theory in the psychology of aging. In: Birren, J.E.; Scaie, K.W. (eds.), Handbook of the psychology of aging. 4th ed. New York: Academic Press, 1996, p.3-23.
- 15- Santos SSC. Enfermagem Gerontogeriatrica, reflexão á ação cuidativa. Robe Editorial. 2ª edição. São Paulo 2001. p. 18-19.
- 16- Lima AV. A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice, in Psicologia, Vol. 6: 149-158. 2005.
- 17- Bruno F. Retratos da velhice - um duplo percurso: metodológico e cognitivo. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: [s.n.], 2003.
- 18- Papaléo NM. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 9.
- 19- ____ Organização das Nações Unidas. Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de ação Internacional. Viena: ONU, 1982. Disponível em: <http://www.cicts.uevora.pt/paienv.pdf>. Acesso em: 02/04/2009.
- 20- ____ Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília Distrito Federal - 2000.
- 21- ____ A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. acesso em 20/10/2009.
- 22- Rodrigues NC. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento. 2001; 3:149-58.
- 23- ____ Cuidadores de idosos: Um novo/Velho trabalho. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a10.pdf>. acesso em 20/10/2009.
- 24- Rodrigues RAP. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto contexto - enfermagem. [online]. 2007, v. 16, n. 3, pp. 536-545. ISSN 0104-0707.
- 25- Almeida VLV, Gonçalves MP, Lima TG. Direitos humanos e pessoa idosa [publicação de apoio ao curso de Capacitação para a Cidadania: atenção e garantia dos direitos da pessoa idosa]. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
- 26- _____.Brasil. Lei Nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [acesso em 2009 Junho 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.
- 27- _____.Plano do Estado de São Paulo para a pessoa idosa. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/share/documents/Plano%20Estadual%20para%20a%20Pessoa%20Idosa.pdf>. Acesso em 15/10/2009.

- 28- _____.O Idoso na Política Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Disponível:<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/share/documents/Plano%20Estadual%20para%20a%20Pessoa%20Idosa.pdf>. acesso em 15/10/2009.
- 29- _____.Política Municipal de Atenção ao idoso no município de Guarulhos. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/382354/lei-5817-02-guarulhos-sp>. Acesso em: 15/10/2009.
- 30- _____.Saúde da Família: Uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde. Brasília – DF. 1996. Normas e Manuais Técnicos.
- 31- _____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação – Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS e de Gestão. Brasília, 2006.
- 32- _____.Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php/saudedafamilia>. Acesso: 08 de Abril de 2009.
- 33- _____.Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [acesso em 2008 maio 19]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>
- 34- Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meirelles ABHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13(1):7-14.
- 35- Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas VE, Py L, Neri AL, Cançada FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79-84.
- 36- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciências & Saúde Coletiva 2000; 5(1):7-18.
- 37- Paschoal, SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2000. São Paulo – SP.
- 38- _____.Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acesso 06 de abril de 2009. Desenvolvimento do WHOQOL-OMS versão em português; aproximadamente 4 telas. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.
- 39- Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM. et al. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. Journal of consultant and clinical Psychology, v. 67, n, 3, p. 320-331. 1999.
- 40- Hunts, SM. The problem of quality of life. Quality of life research, v. 6, n. 3, p. 205-212, 1997.

- 41- ____The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. v. 41, n. 10, p. 1403-1409.1995.
- 42- Fleck MPA et al. A Avaliação de Qualidade de vida. Porto Alegre. *Artmed*. p. 25-27. 2008.
- 43- Neri AL. Qualidade de Vida na velhice e atendimento domiciliar. In Duarte Yao. e Diogo MJD. (orgs). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 44- Trentini CM, Chachamovic E; Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos. In. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. *Artmed*. Porto Alegre. 2008.
- 45- Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE, editors. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press; 1991. p.3-27.
- 46- Neri AL. *Qualidade de Vida e Idade madura*. Campina – SP. Papirus. 2007. pg. 10.
- 47- Joyce, CRB; Oboyle, CA; Mcgee, HM. *Individual quality of life: approaches to conceptualization and assessment*. London: Harwood Press. 1999.
- 48- Minayo MCS, Hartz ZMA; Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18. ISSN 1413-8123.
- 49- Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; 11:532-38.
- 50- Fleck MP; Chachamovic E; Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.5, pp. 785-791. ISSN 0034-8910.
- 51- Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo. Atlas. 2002. p45.
- 52- ____Crescimento populacional do Município de Guarulhos. Disponível em: http://www.olhao.com.br/artigos_11102007092856.shtml. acesso em 13/05/2009.
- 53- ____WHOQOL abreviado: Versão em português. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html> acesso em: 16/05/2009.
- 54- Fleck MPA et al. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD. A Avaliação de Qualidade de vida. Porto Alegre. *Artmed*. p. 103-111. 2008.
- 55- Kozasa EH, Silva AL, Monezi R, Marchiori MFR; Souza R; Santos AS. Avaliação da qualidade de vida do idoso usuário das Unidades Básicas de Saúde da região centro-oeste do município de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*. Ed. Bolina. São Paulo. 2008.

- 56- ____ Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEAD (SP). Esperança de vida aumenta e diferença entre gêneros diminui: queda de homicídios em jovens poupa vidas e explica avanço masculino. [on-line]. 2007. [citado 31 março 2010]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/espvida/espvida_jan2006.pdf.
- 57- ____ Como vive o idoso Brasileiro? Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0191.pdf. Acesso: 18 novembro 2009.
- 58- Camarano A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. *Estud. av.* [online]. 2003, vol. 17, n. 49 [cited 2007-12-02], p. 35-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004. ISSN 0103-4014. 10.1590/S0103-40142003000300004.
- 59- Silva CBDCA. Qualidade de Vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Rio Grande. Rio Grande do Sul. 2008.
- 60- Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento, ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista. Enfermagem.* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2009 Nov 18]; 22(3): 265-271. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000300005&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002009000300005.
- 61- Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 753-764. ISSN 1413-8123.
- 62- Guedea MTD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 301-308. ISSN 0102-7972.
- 63- Ribeiro ACF, Silva VC. Condições das idosas nos domicílios em Minas Gerais. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. BH. 2000.
- 64- Brasil: um retrato socioeconômico, disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/comentarios2006.pdf>. acessado em 30/09/2009
- 65- Pereira RJ. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria. Rio Grande. Sul* [online]. 2006, vol.28, n.1, pp. 27-38. ISSN 0101-8108.
- 66- Trentini CM, Chachamovic E, Figueiredo M., Hirakata VN; Fleck MPA. Estudos de Psicologia. (Natal) [online]. 2006, vol.11, n.2, pp. 191-197. ISSN 1413-294X.

- 67- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 184-200, abril 2007.
- 68- Coutrim RME. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Soc. estado*. [online]. 2006, vol.21, n.2, pp. 367-390. ISSN 0102-6992.
- 69- Barros, RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Textos para Discussão, n. 686).
- 70- Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2007, vol.56, n.3, pp. 162-170. ISSN 0047-2085.
- 71- Santos GS, Cianciarullo TI. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do Município de Guarulhos – SP. *Revista Saúde Coletiva*. Ed. Bolina. São Paulo. 2009, p. 200-206.
- 72- ____ Perfil das condições de habitação e relações com a saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsaidis/mexico26/ix-010.pdf>. acesso em: 24 maio 2009.
- 73- ____ Breve Diagnóstico sobre o Quadro Atual da Habitação no Brasil. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_04/BREVE.pdf. acesso em: 24 de maio, 2009.
- 74- ____ Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Guarulhos Departamento de Planejamento e Projetos – Divisão de Saneamento em Favelas. Disponível em: http://www.semasa.sp.gov.br/Documentos/Publicar_Internet/trabalhos/trabalho_30.pdf. acesso em 19/10/2009.
- 75- ____ IBGE – Censo Demográfico 2000. Características da população e dos domicílios – São Paulo, 520 p. 2000.
- 76- Motta AB. Relações de Família dos mais idosos. 2000. Disponível em: www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/livros/anpocs00/gt05/00gt0533.doc.
- 77- ____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de Pesquisas Departamento de População e Indicadores Sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil. 2000.
- 78- Alves LC. Determinantes da auto-percepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. 2004. 77f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

- 79- Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.4, pp. 777-794. ISSN 1413-8123.
- 80- Camargo MCS. Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte. Tese apresentada ao curso de doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.
- 81- ____ Uma análise demográfica e espacial das migrações de idosos no Brasil. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1051.pdf. Acesso em 05/10/2009.
- 82- Goldstein L, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 83- Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56(3), 162-170. São Paulo, 2007.
- 84- Guedes RML. Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. Idoso, Esporte e Atividades Físicas. João Pessoa: Idéia; 2001.
- 85- Araújo KBG. O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física. Dissertação de Mestrado. Campinas – SP. 2001.
- 86- ____ lazer na perspectiva do indivíduo idoso. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd87/idos.htm>. Acesso em 07/10/2009.
- 87- Passos VMA. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. São Paulo Med. J. São Paulo, v. 123, n. 2, p. 66-71, março 2005.
- 88- Souza, JL, Filho JTDS, Souza. TF, Reis AFF; Neto CG; Bastos; Cortez, VA. Prevalência de Dislipidemias e Fatores de Risco em Campos de Goytacazes – RJ. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Vol. 81. (nº 03), 249-256. Rio de Janeiro. 2003.
- 89- Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Caderno de Saúde Pública. [serial on the Internet]. 2004 June [cited 2009 Oct 04] ; 20(3): 719-726. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000300008&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300008.
- 90- Gonçalves CT. Benefícios da atividade física na locomoção de idosos em terrenos irregulares após perturbação dos sistemas visual e vestibular. Dissertação mestrado Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro. 2001.

- 91- Romani FA. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. *Arq. Bras. Oftalmol.* [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2010 Jan 31]; 68(5): 649-655. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492005000500015&lng=en. doi: 10.1590/S0004-27492005000500015
- 92- Miranda MLJ, Godelli MRCS, Okuma SS. (2006). Os efeitos do exercício aeróbio com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 10, n. 2, p. 172-178.
- 93- Almeida EA, Neto RMB, Guariento ME, Wanderley JS, Souza ML. Apresentação clínica da doença de Chagas crônica em indivíduos idosos. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2009 Oct 04]; 40(3): 311-315. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822007000300012&lng=en. doi: 10.1590/S0037-86822007000300012.
- 94- Bergamo PMS, Donalisio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2010 Feb 01]; 40(3): 428-435. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300010&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102006000300010.
- 95- Santos NJS, Tayra A, Silva SR; Buchalla CM, Laurentini R. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev. Bras. Epidemiol* 2002; 5(3).
- 96- Magalhães MN, Lima, ACP. *Noções de Probabilidade e Estatística*. São Paulo: IME-USP, 2ª ed, 2000.
- 97- Siegel S, Castellan NJ. *Nonparametric Statics*. New York. Mc Graw-Hill. 2ª ed. 1988.
- 98- Carneiro RS. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2007, vol.20, n.2, pp. 229-237. ISSN 0102-7972.
- 99- Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RFP, Silvia E et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [serial on the Internet]. 2006 Apr [cited 2010 Apr 21]; 28(1): 27-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082006000100005&lng=en. doi: 10.1590/S0101-81082006000100005.
- 100- Torres GV, Reis LA, Fernandes MH, Mascarenhas CHM. Avaliação da Qualidade de vida de idosos dependentes residentes em domicílio. *Revista Ciência e Cuidados da Saúde*. 2009. Pg. 352-358.
- 101- Rocha NS, Panzini RG, Fleck MPA. Desenvolvimento do modulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. In: Fleck, MPA e col. *A avaliação de*

qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 178-96.

102- Carneiro RS, Falcome E, Clarck C. Qualidade de vida, apoio social, e depressão em idosos: Relações com habilidades sociais. Psicologia. Reflexão e Critica. 2007:p. 27-35.

103- Berquó, E; Cavenaghi, S. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. Apresentado na International Conference da International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP).Tours,França, julho de 2005.

104- Debert, GGO. Curso da Vida, os gerontólogos e a família. Revés do Avesso, São Paulo, v. 1, n. 14, p. 32-46, 2005.

105- _____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD: síntese de indicadores 2006. Brasília/ Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

106- Veras, RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista da USP, v. 51, p. 72-85, 2001.

107- Neri, AL; Goldstein, LL. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In Neri, AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papyrus. 2007.

APÊNDICE – A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Sujeito de pesquisa n° ____****TITULO DA PESQUISA: Qualidade de Vida dos Idosos Residentes em uma Área de Abrangência do Programa Saúde da Família, no Município de Guarulhos. SP.**

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo, investigar a qualidade de vida das pessoas idosas cadastradas em uma área de abrangência do Programa Saúde da Família no município de Guarulhos. Tal estudo prevê a participação de pessoas a partir de 60 anos, de ambos os sexos. Para isso é necessário que você assine este termo de consentimento informado, responda um questionário de investigação sociodemográfica e dois questionários sobre qualidade de vida: Whoqol-Bref e Whoqol-Old.

Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo.

A participação neste estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos específicos acima, de forma clara e detalhada. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Concordo em participar da pesquisa.

Declaro que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE - B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1- Idade: em anos completos: _____
- 2- Sexo: () masculino () feminino
- 3- Raça: () branca () negra () parda () amarela
- 4- Estado civil: _____
- 5- Escolaridade: _____
- 6- Ocupação: _____
- 7- Renda familiar _____
- 8- Condições de moradia: () própria () alugada () cedida
- 9- Arranjo familiar: () cônjuge e outros familiares () cônjuge () sozinho
- 10- Tipo de casa: () tijolo () madeira ou barraco
- 11- Possui sistema de esgoto: () sim () não
- 12- Doença (s) referida (s): _____
- 13- Migração ou procedência? _____
- 14- Religião: () católica () Evangélica () Espírita () outra.
Qual? _____
- 15- Pratica atividade de lazer: () sim () não
- 16- Pratica atividade física: () sim () não

APÊNDICE – C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Solicitação de Autorização para Coleta de Dados de Pesquisa

À Gerente da Unidade Básica de Saúde – São Rafael

Isamar de Souza Monteiro Kinsue

Eu, Gerson de Souza Santos, aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Guarulhos – UnG venho por meio desta solicitar a autorização para realizar a coleta de dados da pesquisa intitulada “Qualidade de Vida dos Idosos Residentes em uma Área de Abrangência do Programa Saúde da Família, no Município de Guarulhos”, cuja orientação dessa pesquisa será realizada pela Profª Drª. Tamara Iwanow Cianciarullo.

A presente pesquisa surgiu do interesse do pesquisador em conhecer/avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de Guarulhos – São Paulo. O tema qualidade de vida do idoso foi escolhido por se tratar de um tema atual e de relevância para essa população.

São objetivos dessa pesquisa:

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família em um bairro do município de Guarulhos.
- Identificar as características sociodemográficas dos idosos em uma área de abrangência do Programa Saúde da Família.

A coleta de dados será realizada na sala de atendimento de Enfermagem, da Unidade Básica de Saúde, através de uma entrevista para a coleta dos dados sociodemográficos e de dois questionários autoaplicáveis (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD).

Os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos serão realizados através de explicação acerca da pesquisa e leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão incluídas na pesquisa, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na área de abrangência e sejam alfabetizados.

Coloco-me para inteira disposição para esclarecimentos.

Gerson de Souza Santos: _____

Profª Drª Tamara Iwanow Cianciarullo: _____

Isamar de Souza Monteiro Kinsue: _____

Guarulhos ____ / ____ / ____

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO – B – WHOQOL-OLD



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM** **CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO – C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE GUARULHOS



Guarulhos, 09 de março de 2009.

Exmo. Sr.
Gerson de S. Santos

PARECER Nº41/2009

Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/385 - "Qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência do Programa Saúde da Família, no município de Guarulhos"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria "Qualidade de vida dos idosos residentes em uma área de abrangência do Programa Saúde da Família, no município de Guarulhos" - SISNEP/385, na reunião de 03.03.2009, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **01.11.09**.

Luciene Cristina de Figueiredo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

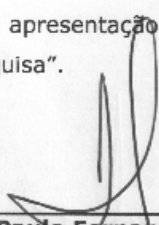
Guarulhos, 06 de outubro de 2008

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Após análise do conteúdo e contato com os responsáveis envolvidos, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa e iniciação científica intitulado "QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS - SP", que será realizado na Unidade Básica de Saúde São Rafael, desta Secretaria, pelo pesquisador Gerson de Souza Santos, enfermeiro, pós graduado da Universidade Guarulhos, sob orientação de Prof^a Dr^a Tâmara Iwanow Cianciarullo, 2º semestre de 2008 e 1º semestre de 2009, conforme documentação anexa.

Salientamos que para autorização do início da pesquisa em campo, será necessário apresentação de Parecer com aprovação de "Comitê de Ética em Pesquisa".



**Dr Paulo Fernando Capucci
Secretário da Saúde**